N° 50

DIABÈTE
ET GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juin 1900

PAR

Alphonse SALEMI

Né à Alexandrie (Egypte), le 10 janvier 1874

EX-INTERNE ADJOINT DE L'HÔPITAL SAINT-ROCH DE NICE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS. ✻
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, *président.*	MM. PUECH, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	RAUZIER, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

M. LE DOCTEUR F. SALEMI

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR ET DE PLUSIEURS AUTRES ORDRES

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PAUVRE FRÈRE

A.-L. SALEMI.

A M. LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Respectueux hommage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRYNFELTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Hommage de profond respect.

A M. LE DOCTEUR LAUTARD

CHIRURGIEN-ADJOINT DE LA MATERNITÉ DES HOSPICES CIVILS DE NICE

A MES MAITRES

DES FACULTÉS DE LYON ET DE MONTPELLIER

A.-L. SALEMI.

AVANT-PROPOS

On a cru longtemps que « femme diabétique était inféconde », et cette idée était tellement ancrée en l'esprit de tous, que Bouchardat, dans son *Traité des Maladies de la nutrition*, s'exprimait jadis ainsi : « Je connais infiniment peu d'exemples de glycosuriques qui soient devenues mères, et je dois dire que je n'en connais pas qui aient conçu pendant que leurs urines contenaient une proportion notable de sucre ».

Frerichs, plus tard, écrivant à Duncan le résultat de ses recherches personnelles, s'avouait fort désappointé de ne constater qu'un seul cas de grossesse sur 104 diabétiques observées.

Le diabète, dans l'état puerpéral, est-il donc aussi rare que l'ont prétendu ces observateurs ? Les années se sont écoulées, et, sans être aujourd'hui d'un pessimisme aussi absolu, nous sommes obligés de constater que cette coïncidence pathologique est plus fréquente qu'on ne veut bien l'avouer ; mais *la négligence de la recherche du glucose dans l'urine des femmes enceintes fait qu'elle passe souvent inaperçue*. Il est pourtant un fait que les accoucheurs connaissent tous, c'est la gravité de l'état engendré par la coïncidence du diabète et de la grossesse ; la diabétique fécondée devient sœur de la cardiaque et de l'albuminurique ; l'hyperglycémie est une épée de

Damoclès menaçant sa vie, non seulement durant tout le cours de sa grossesse, mais encore et surtout dans le *post-partum*.

L'étude de cette intéressante question nous a paru des plus séduisantes ; quand on songe que les statistiques accusent une mortalité de près de 40 °/₀ pour la mère et le fœtus, on est effrayé du tribut que la femme doit payer à cette Parque inexorable.

La tâche que nous entreprenons est certainement de beaucoup supérieure à nos forces, et rendue encore plus difficile par les nombreuses observations contradictoires publiées par les contemporains. Néanmoins, nous n'avons rien voulu négliger pour jeter un rayon de lumière sur la question qui nous intéresse ; nos relations avec quelques Maîtres de l'étranger, nous ont permis de puiser largement dans leurs notes pleines d'intérêt, et nous ne saurions jamais assez les remercier de l'amabilité qu'ils ont mise à répondre à nos questions.

Que nos juges veuillent bien avoir pour nous quelque indulgence si nous sommes resté au-dessous de notre tâche ; notre bonne volonté sera notre seule excuse.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à nos Maîtres des Facultés de Médecine de Montpellier et de Lyon, à nos amis que nous allons quitter, un dernier hommage de gratitude et de reconnaissance.

Nous avons commencé nos études dans la Faculté de Médecine de Lyon ; M. le professeur Testut fut notre premier maître ; il se montra pour nous un guide d'inestimable valeur, et nous conserverons toujours le souvenir de son remarquable enseignement.

Qu'il veuille bien agréer, en cette circonstance, le témoi-

gnage sincère de notre profonde et respectueuse gratitude.

M. le professeur Teissier, dans le service duquel nous avons passé de longs et bons mois, en qualité d'externe bénévole, voulut bien s'intéresser à nous avec cette bonté et cette délicatesse qu'apprennent à connaître tous ceux qui l'approchent. Il fut pour nous non seulement le maître savant qui protège, mais encore le maître qui protège et dirige.

Au lit du malade, il nous tenait sous le charme de sa parole, gravant en notre mémoire les principes ardus de la thérapeutique raisonnée. De même se grava dans notre cœur cette éternelle reconnaissance que nous sommes si heureux et si fier de lui offrir en ce jour !

M. le professeur Lépine nous a donné, dans plusieurs circonstances, des marques de profonde sympathie, dont nous avons été particulièrement touché.

Nous avons, durant plusieurs années, suivi ses cliniques magistrales, dont le souvenir ne s'effacera jamais.

Que cet éminent clinicien veuille bien agréer ici l'humble hommage de nos meilleurs et respectueux sentiments.

En 1898, nous avons été nommé interne-adjoint de l'hôpital Saint-Roch, de Nice. Nous y avons rencontré des maîtres bienveillants et sympathiques : MM. les docteurs Figuiéra, Grinda, Lautard, Balestre, Bourdon, Gasiglia et Barralis, auxquels nous offrons l'expression de notre reconnaissant souvenir.

M. le docteur Lautard a guidé nos premiers pas dans l'art de la gynécologie. C'est à lui que nous devons une partie de nos notions d'obstétrique. Sous la direction de ce maître plein d'aménité et de dévouement, qui fut pour nous presque un ami, nous fîmes de rapides progrès.

Notre plume ainsi que notre esprit sont impuissants à

rendre les sentiments d'affection et de reconnaissance qui envahissent notre cœur.

Que M. Dalmas, président du Conseil d'administration des Hospices civils de Nice, que M. Fighiera, économe-directeur, que MM. les docteurs Baréty, Ciaudo et Magnan, ainsi que tous les autres membres du Conseil, veuillent bien recevoir, en cette occasion, l'expression de nos vifs remerciements pour l'extrême bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Ayant dû quitter les brumes de la belle cité lyonnaise, nous sommes venu terminer nos études médicales sous le ciel plus doux de Montpellier.

M. le professeur Grynfeltt nous fit l'honneur de bien vouloir accepter le sujet de notre thèse, et fut assez bon pour nous permettre de faire des analyses journalières d'urine à la clinique d'accouchement ; aujourd'hui, nous sommes fier du plus grand honneur qu'il nous fait encore, en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Dans le service de M. le professeur Forgue, notre stage fut trop court, et nous le regrettons vivement ; mais le peu de temps que nous eûmes le bonheur d'y passer nous suffit largement pour apprécier les brillantes qualités chirurgicales de ce maître si aimable. M. le professeur Forgue, dont nous inscrivons le nom en tête de cette modeste étude, nous donna souvent des marques évidentes de cette sympathie que nous ressentions nous-même pour lui, et dont nous ne saurons jamais assez lui témoigner notre vive gratitude.

M. le professeur-agrégé Puech fut assez aimable pour nous donner quelques notes bibliographiques qui nous ont beaucoup aidé à élucider quelques points particuliers de notre travail ; il nous reçut sans cesse avec une si grande affabilité, que nous n'aurions garde d'oublier son touchant accueil.

Que M. le professeur-agrégé Rauzier, qui fait aujourd'hui partie du jury de notre thèse, veuille bien agréer l'expression de notre vive sympathie.

M. le docteur Guérin-Valmale, chef de clinique d'accouchements, dont nous avons suivi avec tant d'intérêt les brillantes cliniques, nous a remis la première observation qui figure en tête de notre recueil. Nous avons largement abusé de son amabilité, et c'est grâce à ses excellents conseils que nous avons pu mener à bonne fin la tâche que nous avons entreprise.

Nous lui exprimons aujourd'hui notre vive et sincère reconnaissance.

Que Mlle Etcheverry, sage-femme de la Clinique d'accouchements, qui a été assez aimable pour faciliter nos analyses journalières, veuille bien accepter l'expression de notre vive gratitude ainsi que nos sincères remerciements.

PLAN GÉNÉRAL ET DIVISION

Nous diviserons cette étude des rapports du diabète et de la grossesse en cinq chapitres, dont voici l'énoncé :

CHAPITRE PREMIER. — *Historique.*

CHAPITRE II
De la Glycosurie Gravidique. . . .

- A. Des divers réactifs employés pour la recherche du sucre.
- B. Valeur de la Glyc^rie^ Grav^e^.
- C. Diagnostic. Pronostic. Traitement.

CHAPITRE III
Influence du diabète sucré sur la puerpéralité. . . . . .

- A. Influence du diabète sucré sur la conception.
- B. Inf. du D. S. sur la grossesse.
  - 1° Normale.
  - 2° Interrompue.
  - 3° Complications.
  - 4° Dévelop. des enfants.
- C. Influence du D. S. sur le travail de l'accouchement.
- D. Influence du D. S. sur les suites de couches.
- E. Influence du D. S. sur la vitalité des enfants.

Chapitre IV
Influence de la puerpéralité sur le diabète sucré . . . .

A. Influence de la puerpéralité sur l'apparition du diabète sucré.
B. Influence de la puerpéralité sur l'évolution du diabète sucré.
C. Influence du travail de l'accouchement et des suites de couches sur le diabète sucré.
D. Influence de la puerpéralité sur la cessation du diabète sucré.

Chapitre V
Traitement . . . . .

Traitement : avant les accidents.
De fond, s'adressant au diabète lui-même, en même temps prophylactique des accidents diabéto-gravidiques.
A. Avant le mariage.
B. Après le mariage, mais avant la grossesse.
C. Pendant la grossesse.

Traitement obstétrical des accidents diabéto-gravidiques.

DIABÈTE ET GROSSESSE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous croyons utile, au début de ce travail, de glaner rapidement à travers les années en donnant l'analyse sommaire des travaux publiés par les auteurs français et étrangers sur les rapports du diabète sucré et de la grossesse.

On attribue généralement à Loëb (*Berliner Klinische Wochensch.,* 1881) la première observation de femme diabétique enceinte qui ait été publiée ; je pense ne pas commettre d'anachronisme en réclamant la priorité pour un français, le docteur Lemoine, qui, en 1879, donna, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie,* l'observation d'une multipare diabétique ayant dans ses urines 16 grammes de sucre par litre. Cette femme eut cinq hémorrhagies successives durant sa grossesse et accoucha normalement, mais elle succomba quelques jours après à des accidents puerpéraux.

Ce premier cas, des plus intéressants, mit les accou-

cheurs en éveil ; ils recherchèrent alors le sucre dans l'urine des femmes soumises à leur examen et de nouvelles observations ne tardaient pas à être publiées.

Mais n'anticipons pas sur les faits, et reprenons l'ordre chronologique.

En 1881, Loëb attira, le premier en Angleterre, l'attention sur les rapports de la glycosurie avec les affections des organes génitaux de la femme ; sur neuf femmes diabétiques qu'il observa, il en trouva cinq atteintes de lésions utérines, et une seule enceinte.

De Seegen, Frerichs, Newmann, Reid, tant en Allemagne qu'en France, publièrent quelques cas à peu près à la même époque, mais ils avaient trop peu de documents pour pouvoir tirer des conclusions certaines.

En 1882, Mathias Duncan fit à la Société obstétricale de Londres une intéressante communication (*Transaction of the obstetric. Soc. of London*) ; il étudia la glycosurie puerpérale chez 22 femmes de 21 à 38 ans et émit les conclusions suivantes :

1° Le diabète peut survenir pendant la grossesse ;

2° Le diabète peut ne se montrer que pendant la grossesse ;

3° Le diabète peut cesser avec la grossesse et reparaître plus tard ;

4° Le diabète peut ne se montrer qu'immédiatement après la parturition ;

5° Le diabète peut ne pas reparaître dans le cours d'une grossesse survenue après la guérison ;

6° La grossesse peut survenir pendant le diabète ;

7° La grossesse et la parturition peuvent ne pas être influencées par le diabète ;

8° Habituellement, la grossesse est interrompue par la mort du fœtus.

L'hydramnios est fréquent; dans un cas, la quantité de sucre s'élevait à 7 pour 1000. Dans un autre cas, l'enfant était diabétique.

En 1882 également, John Williams (*Transac. of the obst. Soc. of London*) insista sur la fréquence du diabète et dit « que, si souvent, au début, il échappe à l'observation, c'est que ses symptômes révélateurs sont peu accusés et passent inaperçus ».

Nous ne nous attarderons pas aux remarquables travaux de Bouchardat, les œuvres du maître sont trop connues de nous tous.

En 1885, Lecorché, que nous aurons l'occasion de citer souvent dans ce mémoire, publie un travail très intéressant sur : « Le diabète sucré chez la femme ». Observateur et clinicien par excellence, Lecorché étudie les lésions que la glycosurie engendre chez la femme hors l'état puerpéral ; il s'étend longuement sur l'influence néfaste de la parturition chez la femme diabétique et porte un pronostic grave pour la mère et l'enfant.

Paget en Angleterre, Verneuil en France, attirèrent alors l'attention sur les états constitutionnels dont l'existence peut aggraver le pronostic d'une opération, et le diabète occupe dans leur étude une des premières places.

Tarnier cite bientôt deux cas de diabète chez des femmes enceintes ; l'une accoucha à terme sans accidents, l'autre à six mois et mourut 48 heures après la délivrance.

En 1886, Stumpf signala la gravité du diabète chez les femmes enceintes et établit un rapprochement avec l'éclampsie.

Kleinwachter étudia le diabète sur 22 femmes, dont 20 de race juive ; voici le résumé de ses conclusions : (*Rev. Sc. méd.*, n° 52).

«Le diabète s'accompagne assez souvent d'aménorrhée, d'atrophie de l'utérus et des ovaires. Ce fait est loin d'être constant. L'aptitude à la fécondation, bien qu'amoindrie, n'est pas absolument supprimée.

»Le diabète apparaît parfois au cours de la grossesse et disparaît pendant les suites de couches ; il s'agit alors d'une glycosurie gravidique passagère, intermittente, et d'un pronostic moins grave.

»Le diabète a sur la gestation une influence défavorable, il amène la mort du fœtus une fois sur deux.

»L'hydramnios et le volume exagéré du fœtus sont des complications fréquentes, etc...»

Kleinwachter déconseille le mariage aux jeunes filles diabétiques et la grossesse aux femmes mariées (*Der diabètes, vom gynak. standpumkt betrachtet*).

En 1888, Minkowsky, *Rev. Sc. méd.*, n° 35, publia quelques cas de diabète où le coma suivit l'acétonurie.

En 1889, Gaudard, dans sa thèse inaugurale, ajouta six observations aux 26 publiées ; ce travail très intéressant et très complet, que nous avons longuement étudié, *Essai sur le diabète dans l'état puerpéral*, se termine par un chapitre consacré à la glycosurie des nourrices.

En 1889, Legendre déconseille l'allaitement chez les femmes diabétiques, et signale la fréquence de l'avortement durant les premiers mois de la grossesse.

En 1891, Fry, *Medical News*, communiqua un travail au Congrès américain de gynécologie tenu à Washington ; il se plaint de la négligence que l'on met à rechercher le sucre dans l'urine des femmes enceintes et établit un paral-

lèle entre les accidents éclamptiques et ceux qui peuvent compliquer la glycosurie.

En juin 1892, Born, dans le *Correspondenz Blatt de Bâle,* publie un cas de diabète survenant pendant la grossesse avec mort de la mère vers le 8e mois.

En 1893, Trouillard, dans sa thèse, *Contribution à l'étude du diabète et de la glycosurie physiologique dans l'état puerpéral*, reprend l'intéressante étude de Gaudard, et publie le résultat de ses recherches personnelles faites dans la clinique de la rue d'Assas à Paris.

En 1895, Stiéber, *Rev. Sc. méd.*, n° 46, donna une observation assez originale : il s'agit d'une secondipare ayant au début de sa grossesse un goût très exagéré pour le sucre (cette femme en consommait jusqu'à 250 gr. par jour), la soif était intense et accompagnée de glycosurie et polyurie. Sous l'influence d'un régime approprié, la quantité de sucre, qui était de 8 gr. par litre d'urine, tomba à 2 grammes.

L'accouchement eut lieu à terme, mais on dut intervenir; la malade eut des pertes utérines assez abondantes et des suites de couches pathologiques.

Parbridge, en 1896, *Medical Record*, observa 24 cas de diabète coïncidant avec la grossesse. Chez ces malades, tantôt la grossesse est survenue au cours du diabète, tantôt la glycosurie n'apparut qu'au cours de la gestation.

L'auteur pense que lorsque le diabète est une complication de la grossesse, il guérit après l'accouchement dans les trois quarts des cas, mais il a une grande tendance à reparaître au cours des grossesses ultérieures.

Pour les femmes diabétiques antérieurement à la gestation, les deux tiers paraissent très bien supporter l'accouchement et même les suites de couches.

Pour Parbridge, le « Diabète grave » correspondrait à la période sexuelle de la femme et se montrerait surtout de 25 à 45 ans.

Toutes les observations de Parbridge, sauf trois, portaient sur des multipares.

Dans un certain nombre de cas, la grossesse et l'accouchement ont amené le collapsus. La mort du fœtus se montre dans la moitié des cas et expliquerait l'accouchement prématuré.

Parbridge relate encore qu'il a découvert du sucre dans le liquide amniotique, mais il n'en explique point l'origine. Taylor, en 1899, *Journal de médecine et de chirurgie*, publie deux cas de grossesse normale chez des femmes atteintes de diabète sucré, voici quel est son avis sur la question :

1° La coïncidence du diabète et de la grossesse est chose rare, il s'agit généralement de multipares et surtout de grandes multipares ;

2° Le diabète peut survenir seulement pendant la grossesse et manquer en dehors d'elle ;

3° Le diabète peut cesser à la fin de la grossesse et revenir après elle ;

4° Il peut survenir aussitôt après l'accouchement ;

5° Le diabète guéri peut ne pas reparaître dans les grossesses ultérieures;

6° La grossesse et l'accouchement peuvent être normaux ;

7° La grossesse est surtout interrompue par la mort du fœtus ;

D'après Grandin et Jarman, sur 24 cas, il y aurait eu six fois mort de la mère.

8° La grossesse n'est point une contre-indication à la

continuation du traitement, qui reste le même ; le poids de la malade vous servira de guide ; si elle maigrissait par trop, il serait indiqué d'intervenir et de vider l'utérus.

M. le docteur Lop, de Marseille, publia en 1889, dans les *Annales de la Société obstétricale de France,* quatre observations de femmes diabétiques bien avant leur grossesse.

Chez trois de ces malades, la grossesse et les suites de couches furent des plus normales.

La quatrième, durant les cinq premiers mois, ne présenta aucun trouble appréciable.

A partir du sixième mois, elle éprouva de la gêne respiratoire ; pourtant le diabète s'améliora après l'accouchement et la santé générale resta des plus satisfaisantes.

En novembre 1899, M. le professeur La Torre, de Rome, eut l'amabilité de m'envoyer une longue observation qu'il publia en 1897 dans un opuscule intitulé : *Gravidanza e diabète ;* cette observation est doublement intéressante, parce qu'elle représente un cas de diabète grave typique se terminant par la mort de la mère et du fœtus.

Dans son travail, l'auteur étudie les rapports du diabète et de la grossesse et voici ses conclusions que nous avons traduites et résumées :

1° Le diabète amenant fréquemment des lésions de l'utérus, la grossesse est un fait assez rare chez la femme qui en est atteinte ;

2° Le diabète peut se développer pendant la grossesse ; pourtant, dans beaucoup de cas, la maladie antérieure à la gestation passe inaperçue et s'exagère sous son influence ;

3° L'influence du diabète sur la grossesse est immense ; elle est interrompue dans 35 p. 100 des cas ; l'accouche-

ment prématuré est de règle, la grossesse à terme l'exception.

Le fœtus meurt 50 fois sur 100, et dans de nombreux cas il est macéré ;

4° Le diabète reçoit un coup de fouet du fait de la grossesse, la glycosurie augmente et les symptômes généraux s'aggravent;

5° L'accouchement n'est nullement favorable au diabète, de graves complications éclatent: la tuberculose pulmonaire, la néphrite, le coma, enlèvent les femmes de suite après l'accouchement dans une proportion de 55 p. 100;

6° Le pronostic n'est donc pas absolument fatal, puisque 50 p. 100 des malades peuvent accoucher et guérir; mais généralement ces cas favorables s'accompagnent d'une glycosurie légère et d'un bon état général.

Enfin, il y a quelques jours à peine, M. le docteur Guérin-Valmale nous remettait très aimablement une observation des plus intéressantes qu'il venait de lire à la Société de médecine de Montpellier. Nous n'insisterons pas actuellement sur cette communication, nous réservant de la reproduire *in extenso* au cours de notre travail.

CHAPITRE II

DE LA GLYCOSURIE GRAVIDIQUE

Avant de commencer l'étude intéressante des rapports du diabète et de la grossesse, nous croyons utile d'aborder la question, aussi complexe que controversée, de la glycosurie gravidique.

M. le professeur Grynfeltt ayant bien voulu nous permettre d'analyser les urines de toutes les femmes grosses et de toutes les accouchées de son service, nous nous sommes livré, durant un laps de temps de deux mois, à la recherche journalière du sucre, étudiant cette glycosurie au point de vue clinique pur.

Avant d'exposer la technique que nous avons employée et les résultats que nous avons obtenus, nous tracerons une rapide esquisse de la question. La femme enceinte, sous l'influence de son état gravidique, présente souvent, durant les derniers mois de la gestation, du sucre dans ses urines.

Cette glycosurie, essentiellement bénigne et transitoire, qui naît avec la grossesse pour disparaître avec elle, n'a aucun rapport avec le diabète.

Ce fait resté longtemps dans l'ombre est aujourd'hui bien connu de tous les accoucheurs. Pourtant, malgré les

nombreux travaux publiés, malgré les nombreuses recherches entreprises, l'accord est loin de régner entre les cliniciens sur sa pathogénie, et nous en sommes encore réduits aux hypothèses les plus diverses.

Blot, en 1856, posa en loi l'existence d'une glycosurie gravido-puerpérale, il la rencontra chez la moitié des femmes enceintes à un taux de 8 à 12 grammes par litre.

Un an plus tard, Lecomte en France, Riedel, Wiederhold en Allemagne, attribuèrent la réduction obtenue au mucus de l'urine.

En 1873, Louvet reprit la question et après lui Abels et Trouillard publièrent d'excellentes statistiques dont le résumé a été donné dans la thèse de Brocard, remarquable travail sur la *Glycosurie de la grossesse.*

Voici le tableau comparatif que nous lui empruntons :

Observateurs	Nombre d'observations	Pourcentage
Abelés.....	30 fois sur 30 cas observés	100 p. 100
Blot.....	dans la moitié des cas	50 — 100
Louvet	2 fois sur 4 cas	29 — 100
Ables.....	5 fois sur 20 cas	25 — 100
Trouillard ..	8 fois sur 92 cas	9 — 100
Keim.....	2 fois sur 19 cas	10 — 100

Nous trouvons ensuite les travaux de Heynsius, de Shunck, de Lecoq (1863), de Chailly (1869).

Claude Bernard, en 1876, demande s'il ne s'agit point de lactose, et Hofneister répond en 1877, en identifiant au sucre de lait le sucre décelé.

En 1878, Leduc, dans le *Bulletin médical,* étudia les sucres urinaires des femmes en état gravido-puerpéral, ses recherches furent faites au Laboratoire de physiologie.

Voici quelles sont les conclusions auxquelles il parvint :

« Il résulte des observations portant sur 22 femmes tant enceintes qu'accouchées que, pendant la grossesse :

1° Le pouvoir réducteur de l'urine est considérablement diminué surtout chez les albuminuriques ;

2° L'urine des femmes enceintes contient une substance réductrice capable de fournir des osazones cristallisables soit à chaud, soit à froid, possédant des formes cristallines et une solubilité permettant de les identifier au glucosazone, etc. ;

3° Ces substances se rencontrent dans la plupart des cas ;

4° Le lactose apparaît d'une manière variable vers la fin de la grossesse ; il se substitue au glucose ou le masque par son abondance au moment où se produit la sécrétion lactée ;

5° Toutes les urines des accouchées contiennent du lactose en plus ou moins grande abondance, et cette abondance est en rapport avec celle de la sécrétion mammaire, etc. (*Bul. méd.* 1898).

Brocard reprit, en 1898, cette intéressante étude ; il fit à la Maternité de Paris 300 essais, concernant 125 femmes ; sur 295 urines examinées, il trouva très exactement 132 cas de glycosurie. Voici quelles sont les principales conclusions qu'il pose à la fin de son travail :

1° La glycosurie spontanée des femmes enceintes paraît être assez rare au début de la première grossesse ;

2° Chez les multipares et à la fin de la gestation, elle existe environ dans la moitié des cas ;

3° Elle présente des variations au cours d'une même journée; la courbe d'élimination du sucre offre des minima immédiatement avant le repas et des maxima trois ou

quatre heures après, au moment où semble se terminer la digestion.

La glycosurie de la grossesse est le plus souvent inférieure à 2 grammes par litre ; exceptionnellement, on trouve les chiffres de 3 grammes à 14,4, etc...

Enfin, MM. Charrin et Guillemonat, après avoir fait un certain nombre d'expériences sur des cobayes, arrivèrent aux conclusions suivantes :

1° Le glycogène augmente pendant la grossesse ;

2° L'augmentation suit jusqu'au terme une marche sensiblement croissante ;

3° Sous l'influence des générateurs du glycogène, du sucre par exemple, les accroissements sont encore plus marqués ;

4° Les proportions de glycogène éliminé par les urines, sont plus considérables chez les cobayes gravides.

Il semble donc que l'organisme consomme le glycose avec une activité moindre qu'à l'état normal.

Le glycogène est réservé dans le foie jusqu'à l'heure de la lactation, où probablement l'organisme va détruire les réserves accumulées. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie*, mars 1900).

Nous n'insisterons pas davantage sur cette étude, car elle nous entraînerait à des discussions qui ne cadrent point avec le plan que nous nous sommes tracé.

Nos recherches personnelles, faites à la clinique d'accouchement, ont porté sur 150 analyses d'urines ; nous dirons tout de suite que dans les deux tiers des cas, nous avons trouvé du sucre en proportions variables suivant l'époque de la grossesse et l'alimentation journalière de la femme.

Ce sucre qui apparaît du 7e au 8e mois, aussi bien chez

la primipare que chez la multipare, disparait complètement, dans beaucoup de cas, dans le mois qui suit les couches.

M. Martre, chef des travaux pratiques de chimie biologique à la Faculté de médecine de Montpellier, a été assez aimable pour nous aider de ses conseils éclairés ; nous avons fait ensemble un certain nombre d'expériences et sommes heureux de lui témoigner ici notre vive gratitude.

Manuel opératoire. — Voici comment nous avons procédé pour chacune de nos analyses :

1° Nous nous sommes assurés que les femmes dont naus analysions les urines ne prenaient absolument aucun médicament;

2° L'examen a été fait tous les deux jours pour chaque femme enceinte, jusqu'au moment de son accouchement ;

3° Les analyses étaient faites avant les repas de midi, moment qui, d'après les recherches pluriquotidiennes de Brocard, correspondrait au *minimum de glucose éliminé ;*

4° Nous avons rejeté de parti pris les urines albumineuses pour éviter toute cause d'erreur ;

5° Les réactifs que nous avons essayés avant de fixer notre choix définitif sont :

a) La liqueur de Fehling *à chaud* et *à froid.*
b) La liqueur de Loewe.
c) Le réactif d'Almen.

Valeur de ces divers réactifs. — Nous ne donnerons point ici la formule de la liqueur cupro-potassique, elle est depuis longtemps déjà devenue classique.

On peut employer la *liqueur de Fehling à chaud* ou *à froid*.

A chaud, elle est souvent décolorée et même réduite par les urates, surtout lorsque ces derniers sont en trop grande quantité.

Nous avons donc abandonné complètement ce procédé.

A froid, la réaction est moins infidèle et nous l'avons employée quelquefois comme double épreuve comparative, laissant en contact pendant 24 heures le mélange d'urine et de réactif.

Nous avons ensuite éprouvé les réactifs à base de sous-nitrate de bismuth.

Nous savons que le sous-nitrate de bismuth dissous dans un alcali caustique ou carbonaté est réduit à chaud par le glucose, avec formation d'un précipité gris noirâtre de bismuth.

Les urates et les principes normaux de l'urine n'interviennent point ici comme cause d'erreur; quelques médicaments, seuls, peuvent donner un résultat positif; ce sont: la rhubarbe, le sené, la quinine, l'antipyrine, le salol, le tannin, les benzoates et les salycilates (Moitessier). — Il est, d'ailleurs, bien facile de s'assurer que les femmes ne prennent aucun de ces médicaments.

Les deux formules principales des *réactifs à base de sous-nitrate de bismuth* sont celles de *Loewe et d'Almen*.

Réactif de Loewe. — On dissout, à chaud, 15 grammes de sous-nitrate de bismuth dans un mélange de 30 grammes de glycérine, 70 centimètres cubes d'une lessive de soude d'une densité de 1,34, et 150 grammes d'eau distillée.

Réactif d'Almen. — Faire bouillir 2 grammes de sous-nitrate de bismuth avec 4 grammes de sel de seignette (tartrate double de Na et de K), 8 grammes de KOH caustique et 100 grammes d'eau. On décante après refroidissement.

Pour rechercher le glucose, on ajoute 1 cc. de réactif bismuthique à 10 cc. d'urine, et l'on porte à l'ébullition dans un tube à essai durant plusieurs minutes.

Si l'urine ne renferme pas de glucose, il se forme un *précipité blanc* pulvérulent qui, par le repos, se dépose dans le fond du tube.

Si, au contraire, l'urine renferme du glucose, en proportions variables, elle prend rapidement une coloration foncée ou tout à fait noire, coloration d'autant plus sombre que le taux du glucose est plus élevé.

Il y a là toute une gamme de couleurs intermédiaires variant du gris clair au noir, l'œil s'exercera très facilement à les reconnaître, et nous ajouterons même qu'il pourra, sans peine, apprécier approximativement si l'urine contient peu ou beaucoup de sucre.

Avant de nous arrêter au *réactif de Loewe,* ou au *réactif d'Almen*, nous nous sommes livré, avec M. Martre, à des expériences comparatives, opérant chaque fois avec une même quantité d'urine, de réactif et de solution titrée de glucose. Or, nous avons constaté que le *réactif de Loewe* est plus sensible que le *réactif d'Almen,* une solution de glucose à 0,50/1000 donnant, avec le premier, une coloration *brune foncée très nette*, tandis que le deuxième, avec la même solution de glucose, ne donnait qu'une teinte *gris clair.*

Nous avons donné la préférence au réactif de Loewe ; nous conseillons, toutefois, de le conserver dans des

flacons jaunes, et de vérifier, de temps à autre, s'il n'est point altéré.

Nos analyses ont donc porté sur 150 *urines* et, dans les 2/3 des cas, nous avons constaté une *glycosurie gravidique à la fin de la grossesse,* persistant quelque temps après l'accouchement.

A quelle époque le sucre commence-t-il à apparaître dans l'urine ? Il nous est difficile de répondre à cette question, car nous avons rarement rencontré à la clinique d'accouchements des femmes enceintes de 3, 4 ou 5 mois seulement.

Existe-t-il un rapport entre l'existence de la sécrétion lactée et le passage du sucre dans l'urine ? La chose est fort possible ; toutefois, nous avons remarqué que les femmes dont les nodosités glandulaires mammaires étaient les plus développées n'avaient pas toujours une glycosurie plus abondante. La glycosurie peut être *constante, intermittente* ou *nulle.*

Elle est nettement influencée par le genre d'alimentation, le taux du sucre éliminé *croissant avec une nourriture féculente* ou *sucrée, diminuant, au contraire, avec un régime azoté.*

Beaucoup de femmes ont présenté une glycosurie *constante,* c'est-à-dire que le résultat de toutes les analyses était positif.

Chez d'autres, au contraire, elle était *intermittente* et disparaissait durant quelques jours.

Nous avons alors, pendant ces périodes négatives, tenté l'épreuve de la *glycosurie alimentaire,* faisant ingérer aux malades 100 grammes de sirop de sucre et, chaque fois, le résultat obtenu a été positif.

Quelle est la quantité de glycose éliminée journellement par les femmes ?

Elle est presque toujours minime, et varie entre 0,25 centigrammes et 1, 2, 3, 4, 5 grammes par litre d'urine.

Ces chiffres, comme nous l'avons déjà dit, peuvent augmenter ou diminuer, selon l'état antérieur de la cellule hépatique et suivant la quantité de féculents ou de mets sucrés ingérés journellement.

Valeur de la glycosurie gravidique. — Pour que la glycosurie se produise, nous dit M. Weil, il faut :

1° Une absorption normale de l'intestin ;

2° Une persistance de la circulation porte ou un développement suffisant des réseaux collatéraux ;

3° Une diminution de l'aptitude des tissus à consommer le sucre ;

4° Une perméabilité rénale suffisante (Achard).

Nous savons que, dans l'état de santé parfaite, sauf de rares exceptions, le sucre ne passe pas dans les urines. Lehmann, après s'être nourri pendant deux jours exclusivement avec du sucre et des graisses, n'eut aucune trace de glycosurie.

Comment interpréter celle de la grossesse? S'agit-il d'un fait physiologique ou pathologique ?

Nous pouvons répondre aujourd'hui que le fait est pathologique, mais absolument indépendant du diabète. Comme le dit M. Roque : « Entre la glycosurie, même durable, et le diabète sucré, il n'y a que l'élimination du sucre par les urines qui soit commune aux deux maladies.

« Quand on dit « diabète », on n'éveille pas simple-

ment dans la pensée l'idée d'une simple glycosurie passagère, sans symptômes spéciaux, sans durée, sans conséquences pour l'état général ; on songe, au contraire, à une maladie accompagnée de polyurie, de polydipsie, de polyphagie et d'autophagie, compromettant gravement les diverses fonctions de l'organisme et l'acheminant à une déchéance graduelle et progressive » (Roque).

Brocard rattache la glycosurie de la grossesse à un ralentissement de la nutrition ; quant à nous, la diminution de l'urée, l'élimination presque constante du sucre, l'épreuve positive de la glycosurie alimentaire, la présence de l'urobiline constatée quelquefois, nous font pencher plutôt pour une insuffisance légère et transitoire de la cellule hépatique.

Le quantum de toxines augmentant considérablement dans l'organisme de la femme sous l'influence de la grossesse, il y aurait peut-être, à un moment donné, formation d'angiocholite secondaire.

Diagnostic. — Il est souvent délicat de préciser où finit la glycosurie gravidique et où commence le diabète. Cette question est de la plus haute importance pour le clinicien, car, dans le premier cas, il sera en présence d'une affection bénigne, transitoire et ne nécessitant aucun traitement ; dans le second cas, au contraire, son pronostic devra être des plus réservés, il devra instituer un régime sévère et craindre chaque jour la série des accidents *diabéto-gravidiques*.

M. Roque, dans son travail récent sur les glycosuries non diabétiques, a esquissé les différentes lignes du diagnostic différentiel.

Dans la glycosurie gravidique :

1° La quantité d'urine n'est pas augmentée ;

2° Le sucre est en faible proportion (0 gr. 25 à 6 grammes ;

3° Elle n'est accompagnée d'aucun symptôme de diabète : pas de polydipsie, pas de boulimie, pas d'autophagie, pas d'amaigrissement ni de lésion profonde de la nutrition ;

4° Elle naît à la fois de la grossesse pour disparaître complètement avec l'allaitement.

Les glycosuries gravidiques abondantes, prolongées, répétées, peuvent-elles, dans l'avenir, favoriser le diabète ? On l'a soutenu et quelques observations l'ont prouvé.

Pronostic. — Le pronostic de la glycosurie gravidique est généralement bénin ; elle ne compromet nullement l'état général de la femme et ne nécessite aucun traitement médical.

Dans le cas où l'élimination du sucre serait par trop abondante, on redouterait l'irritation du foie et l'on prescrirait alors un régime alimentaire plus sévère, dans lequel on insisterait sur l'alimentation azotée et l'abstention de tous mets sucrés.

CHAPITRE III

INFLUENCE DU DIABÈTE SUCRÉ SUR LA PUERPÉRALITÉ

A. — Influence du diabète sucré sur la conception

Les femmes diabétiques sont-elles toutes infécondes ? Les anciens cliniciens l'avaient cru pendant longtemps et Bouchardat même respecta cette opinion. Les travaux de Duncan en Angleterre, de Kleinwachter en Allemagne, de Lecorché en France, battirent en brèche cette idée inexacte. Qu'il nous suffise de citer le cas de cette femme diabétique de 13 ans, qui, mariée à 19 ans, devint enceinte au moment où elle avait 106 grammes de sucre dans ses urines, et eut dans la suite deux autres grossesses des plus heureuses.

Nous savons donc aujourd'hui que l'hyperglycémie n'engendre point fatalement la stérilité, mais qu'elle peut, dans quelques cas, créer des lésions utérines ou annexielles qui sont la véritable cause de l'infécondité.

Il y avait donc dans cette vieille idée un fond de vérité, et les observations modernes publiées nous permettent de tenter d'élucider cette question qui resta si longtemps dans l'ombre.

D'une manière générale, nous savons que, pour que la fécondation se produise, il faut autant que possible un spermatozoïde intact, un ovule sain et surtout un terrain apte à l'ingravescence. Or, chez la diabétique au début de la maladie, l'hyperglycémie n'a point encore engendré de lésions utérines ou annexielles et la grossesse peut évoluer normalement.

Mais plus tard, lorsque les troubles de la menstruation commencent à apparaître, lorsque la lente infiltration du glycose dans les tissus favorise les endométrites, les salpingo-ovarites toxiques ou infectieuses, il en est tout autrement. Tantôt ce sera un bouchon gélatiniforme obturant la lumière du col et opposant au spermatozoïde une barrière infranchissable ; tantôt les seules altérations de la muqueuse empêcheront la fécondation.

L'abondance de la glycosurie sera donc un signe de bien peu de valeur, et nous pourrons diviser les diabétiques en deux grandes catégories :

1° Celles qui sont susceptibles d'être fécondées, parce que leurs organes génitaux sont sains, ou n'ont point encore de lésions suffisamment accentuées :

2° Celles qui seront stériles d'une façon temporaire ou permanente, suivant la marche de la maladie.

B. — Influence du diabète sucré sur la grossesse

Quelle est l'influence du diabète sucré sur la grossesse ?

Il est difficile de répondre à cette question d'une façon absolue, car les observations les plus contradictoires abondent.

Tout en approuvant le sombre pronostic porté par les auteurs sur l'évolution du produit de la conception, et tout en admettant avec eux que l'avortement et l'accouchement prématuré sont la règle, nous nous permettrons d'insister davantage sur les cas beaucoup plus heureux, où la grossesse n'est point interrompue, et l'accouchement se fait à terme.

Il est un fait acquis, c'est que l'on néglige totalement la recherche du sucre dans l'urine des femmes grosses ; si l'on donnait à l'analyse du glucose la même importance qu'à celle de l'albumine (et c'est le vœu que nous formulions au début de ce modeste travail), l'accoucheur pourrait instituer une thérapeutique prophylactique des accidents diabéto-gravidiques, dont la gravité égale presque celle de l'éclampsie.

Nous sommes donc autorisés à nous demander si les cliniciens n'auraient point été frappés seulement par les cas malheureux et si, à côté de cette série noire, bien des femmes diabétiques n'auraient point accouché, leur glycosurie ayant passé absolument inaperçue ?

Ceci nous paraît d'autant plus probable qu'au début de la maladie, les symptômes peuvent être si peu accusés que la femme est souvent tout étonnée lorsque nous lui apprenons qu'elle est diabétique. Mais, pour procéder par ordre dans cette étude, nous allons successivement passer en revue :

1° Les grossesses normales ;
2° Les grossesses interrompues ;
3° Les complications et les accidents susceptibles d'entraver le développement normal du fœtus.

1° *Grossesses normales*

M. le professeur Seegen, de Vienne, dit « que la diabétique doit terminer sa grossesse par un avortement ou un accouchement prématuré ».

Cette règle est beaucoup trop absolue, et les chiffres de 40 et de 41 p. 100 donnés par Fry et Duncan n'ont pour nous absolument aucune valeur, car nous sommes convaincu que, si la recherche du sucre était faite d'une façon systématique chez toutes les femmes enceintes, on arriverait à obtenir des statistiques complètement différentes.

Dans la thèse de Gaudard, nous trouvons 12 grossesses à terme chez 32 diabétiques.

D'autre part, si l'on parcourt les 100 observations que nous avons résumées, représentant à peu près la totalité des cas publiés dans les auteurs français, il sera facile de remarquer que le pronostic de la fécondation est plus favorable qu'on a bien voulu le dire.

Nous avons renoncé à l'idée d'établir un pourcentage, car comment fixer la date exacte du début de la maladie ? et qu'est-ce qui nous prouve que beaucoup de grossesses n'ont pas évolué sans accidents, avant que le diagnostic de diabète n'ait été établi ?

Pouvons-nous connaître les causes favorisant le développement normal de l'œuf chez l'hyperglycémique ?

La réponse est facile ; lorsque nous jetons une graine dans la terre, elle germe, croît, prospère, si le sol, l'air, la lumière, lui fournissent les éléments indispensables à sa nutrition ; au contraire, nous la verrons pâlir, s'étioler et

mourir si l'un de ces éléments vitaux vient tout à coup à lui être supprimé.

Dans le diabète sucré, il en sera exactement de même: tant que la maladie n'aura point engendré de complications graves, tant que les cellules des divers émonctoires suffiront à leur fonction physiologique, l'hématose fœtale se fera d'une façon régulière et l'on n'aura point à redouter l'auto-intoxication, grave pour la mère, mortelle pour l'enfant.

On a dit que lorsque l'affection débutait avant la puberté, elle était d'un pronostic beaucoup plus sombre ; quelques observations prouvent pourtant que la gestation peut suivre un cours absolument régulier :

John Williams, *in* Gaudard. — Femme diabétique depuis l'âge de 14 ans, a 10 grossesses normales.

Obs. 1re, J.-W. *in* Gaudard. — Femme de 25 ans, III pare, deux accouchements à terme très faciles.

Obs. 15 ; Marchal de Calvi, *in* Gaudard. — Femme de 24 ans, quatrième grossesse à évolution normale.

Enfin, nous terminerons ce paragraphe en citant plusieurs cas de grossesse ayant évolué chez des malades beaucoup plus âgées ou même multipares.

Dans l'Observation I (1), due à l'obligeance de M. le docteur Guérin-Valmale, nous voyons chez une tertipare de 38 ans, de santé délicate, bacillaire, la glycosurie atteindre le taux de 30 à 40 grammes par jour et apparaître pour la première fois durant la troisième grossesse. Cette femme accouche « à terme d'un très bel enfant vivant. »

---

(1) Les chiffres arabes renvoient aux tableaux d'observations résumées ; les autres chiffres romains renvoient aux observations.

S'agit-il de diabète véritable ou de glycosurie gravidique simple ?

Les nombreuses analyses que nous avons faites à la clinique d'accouchement nous permettent de répondre qu'il s'agit de diabète, car, jamais, dans nos analyses quantitatives, nous n'avons rencontré un taux de sucre aussi élevé.

Brocard, dans sa thèse sur *la Glycosurie de la grossesse*, nous dit qu'elle est souvent inférieure à 2 grammes par litre, et atteint exceptionnellement le chiffre maximum de 14 grammes.

M. le docteur Lop, de Marseille, rapporte dans les *Annales de la Société obstétricale de France* qu'une de ses clientes, diabétique depuis sa cinquième grossesse, eut 11 enfants.

Une autre de ses malades eut 6 accouchements, dont 5 depuis qu'elle eut connaissance de sa glycosurie, beaucoup plus ancienne qu'elle ne le suppose.

L'état social de la femme doit, selon nous, jouer ici un rôle prépondérant sur la destinée future de la grossesse ; celle qui sera dans une situation aisée pourra se reposer, suivre un régime, et évitera de cette façon les accidents diabéto-gravidiques beaucoup plus facilement que la malheureuse, obligée de travailler sans cesse, et forcée de lutter pour subvenir aux dures nécessités de l'existence.

2° *Du diabète sucré comme cause d'interruption de la grossesse*

Avortement. — Les accoucheurs avaient été frappés de la fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré chez la diabétique.

M. le professeur Seegen, de Vienne, écrivait, il y a quelques années à peine, à Gaudard les lignes suivantes : « J'ai connu une femme, jeune et robuste, mais d'une famille où le diabète est fréquent ; elle fit quatre fausses couches, et ce n'est qu'à la quatrième fois que le diabète fut découvert.

»... Une jeune Viennoise eut également plusieurs avortements ; sur mon conseil, on examina ses urines, et l'on trouva qu'elles contenaient une assez grande quantité de sucre. »

A quelle époque se produit l'avortement ? Pouvons-nous établir une courbe ascendante ou descendante, comparable à celle de l'albuminurique ou de la syphilitique ? Non, point de règle absolue, tout dépend du caprice de la maladie et du degré de l'intoxication.

Gaudard nous donne, au sujet de sa fréquence, une liste comparative, que nous nous permettrons de reproduire :

Avortement dans la variole	80	pour 100
— scarlatine . .	71	—
— syphilis . . .	47	—
— cardiopathies	34	—
— diabète	33	—

La cause de l'avortement est souvent difficile à élucider. S'agit-il d'hémorrhagie intra ou extra-placentaire occasionnant l'asphyxie fœtale ou plus simplement d'intoxication secondaire ? Nous nous rallierons à cette dernière opinion ; les auto-intoxications maternelles de la grossesse, mises en évidence par Bouffe de Saint-Blaise, sont considérablement augmentées dans le cas d'hyperglycémie ; on comprend dès lors facilement que le fœtus,

qui se nourrit de ce qu'il trouve dans le sang maternel, puisse succomber.

Nous regrettons que les accoucheurs assez heureux pour posséder des placentas diabétiques n'aient point examiné et surtout décrit les lésions observées ; espérons que, dans l'avenir, l'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique résoudront ce point délicat.

L'avortement peut être constant, intermittent ou n'apparaître qu'après une série de grossesses heureuses (Observat. I, VII, IX, XI, XII, XVI).

Voici quelques cas classiques :

Seegen. — Femme diabétique ayant trois grossesses terminées par trois fausses couches. Mort de la mère.

Lecorché. — Femme de 61 ans, ayant eu 10 enfants et 4 fausses couches, etc.

Accouchement prématuré.— L'avortement est fréquent au quatrième ou au cinquième mois; l'accouchement prématuré, du septième au huitième.

Pendant le sixième mois, une accalmie paraît se produire ; c'est durant la seconde moitié de la grossesse que nous verrons éclater les accidents diabéto-gravidiques pouvant amener la mort de la mère et du fœtus.

Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1899, dans le service de M. le professeur Teissier, une femme, qui eut trois couches absolument normales, devenir diabétique à la suite de vives émotions ; elle accoucha deux fois prématurément vers le huitième mois ; les enfants étaient tous deux morts et macérés.

Les observations IX, XIV, XXX, XXVIII, XI pourront être consultées avec intérêt sur ces divers points.

3° *Complications et accidents de la grossesse chez les diabétiques.*

Les complications et les accidents sont assez fréquents au cours de la grossesse, ils peuvent être d'origine fœtale ou maternelle,

L'*hydramnios* doit occuper le premier rang : obs. 1, 5, 6, 8, 23, 26, etc., XIV, XXVI, XXVIII, XXVII. La quantité de liquide atteignait les proportions de 4 à 6 litres, une fois même il était sucré (Obs. 19).

Dans nos analyses journalières, nous avons recherché le glycose dans le liquide amniotique, mais nous n'avons obtenu qu'un seul résultat affirmatif ; c'était chez une éclamptique ayant eu plusieurs crises, et entrée à la clinique en plein coma. Le fait est donc très rare.

Quant à la pathogénie, nous la croyons intimement liée au diabète.

L'*hydrorrhée* a été notée (obs. 79) chez une femme de 35 ans ; il y eut pendant un mois écoulement aqueux.

Hémorragies. — Les hémorragies, uniques ou à répétition, ont été dans quelques cas assez abondantes pour anémier profondément l'organisme maternel et favoriser des complications infectieuses mortelles.

Le diagnostic exact de l'hémorragie est souvent difficile à faire ; à côté de l'avortement, du placenta prœvia, etc... nous en signalerons d'autres spéciales à la diabétique dues à des altérations muqueuses ou vasculaires du col et du corps de l'utérus.

La circulation constante du sucre en excès irrite les parois vasculaires, il se fait de l'endartérite et de la péri-

artérite qui, comme nous le savons, rendent les tuniques artérielles beaucoup plus friables.

Bennwitz nous rapporte l'observation d'une multipare dont les règles persistèrent durant toute la grossesse.

L'*endométrite*, complication si fréquente de la glycosurie, expliquerait peut-être les quelques cas de *placenta prævia* signalés ; la muqueuse malade laisserait glisser l'ovule qui viendrait se greffer sur le segment inférieur.

Dans l'observation XXIV (Lemoine), nous voyons une multipare de 45 ans, ayant eu déjà 4 grossesses normales; au cours de sa cinquième année, elle eut cinq hémorragies liées à une insertion basse de l'œuf, et l'abondance des pertes fut si grande qu'elle accoucha exsangue et succomba à une infection puerpérale.

Trouillard nous raconte qu'une femme de 28 ans, au 5e mois de sa 3e grossesse, perdit du sang, puis de l'eau et mit au monde deux fœtus.

Nous avons noté plusieurs autres cas de gémellarité :

Obs. 89, Lecorché : femme de 65 ans, a eu 10 enfants, dont 3 de couches doubles.

Obs. 22, Gaudard : Mme X..., diabétique après sa 3e grossesse, a une couche double.

4° *Influence du diabète sucré sur le développement des enfants*

Tout ovule fécondé puise dans l'organisme maternel les éléments primordiaux nécessaires à son développement.

En supposant que la graine soit saine, il faut encore, pour que l'embryon prospère, un apport de principes nutritifs normaux.

Si, comme dans le diabète grave, les globules sont altérés, si les toxines abondent, le pronostic sera très réservé pour le produit de la conception, et il pourra succomber *in utero* à une époque quelconque de la gestation.

Dans les cas les plus heureux, il naîtra vivant, à terme ou prématurément.

Les cliniciens ont signalé plusieurs observations où il avait atteint des proportions énormes :

Obs. XVI : Maygrier et Marchal, de Calvi : femme de 39 ans, accouche à terme d'un garçon pesant 13 livres et quart. On a cité également les chiffres de 8, 10, 12 livres et quart.

Sur 61 grossesses, survenues chez 32 femmes, nous dit Gaudard, « 21 fois il y a eu accouchement avant terme à » une époque variable de la vie intra-utérine, à savoir : » 8 fois avant la fin du 5e mois, 13 fois après le commen- » cement du 6e.

» Dans toutes ces circonstances, les fœtus ont suc- » combé. Dans les 11 autres cas, la grossesse est arrivée » au terme naturel, mais sept fois l'enfant, plus ou moins » bien développé, est mort pendant le travail ou quelques » heures plus tard.

» Si nous considérons dans leur ensemble tous les cas » où le produit de la conception a succombé, nous arri- » verons au chiffre de 28, ce qui donne une proportion de » 41 pour 100.

Nous n'ajouterons qu'un mot, c'est que souvent, le travail ne se déclare qu'après la mort de l'enfant, et dans plusieurs observations, celui-ci était macéré : obs. 5, 6, 11, 24, 61, etc.

L'ascite fœtale, la putréfaction, l'œdème généralisé ont été signalés.

4° *L'acétonurie.* — L'acétonurie est un symptôme qui accompagne souvent la mort du fœtus. Sans lui accorder une valeur absolue, nous pensons qu'il peut venir confirmer un diagnostic hésitant.

M. le docteur Lop a publié à ce sujet plusieurs cas intéressants ; enfin, au mois de novembre dernier, nous-même, à Nice, priâmes M. le docteur Lautard, notre ancien chef de service, de rechercher l'acétone dans l'urine d'une syphilitique dont le fœtus venait de succomber. Le résultat de l'analyse fut positif.

Pour éviter les nombreuses discussions soulevées à propos de la technique à employer, disons tout de suite que la méthode de Lieben est la plus sûre, mais elle nécessite un outillage que le praticien n'a pas toujours à sa disposition.

C. — Influence du travail de l'accouchement sur le diabète sucré

Le travail peut se déclarer aux époques les plus variables de la grossesse. On le voit normal, à terme, dans les observations 14, 95, 40 : prématuré du 4^{me} au 6^{me} (obs. 13, 17, etc.) et du 7^{me} et au 8^{me} (observat. 23, 28, 61, 63).

Pourquoi est-il si souvent anticipé ? C'est la mort du fœtus qui le détermine, à une échéance plus ou moins longue, après que les mouvements actifs ont cessé d'être perçus.

En l'absence de toute dystocie fœtale ou maternelle, les accoucheurs ont remarqué que la fibre utérine se contractait avec lenteur, la dilatation resta souvent station-

naire, et l'on dut terminer l'accouchement par le forceps (obs. 5, 60), ou la version (obs. 11, 8, 26).

Dans l'observation 8, de Duncan, le travail dura 43 heures 14 minutes.

Fry et Duncan ont noté la distension exagérée de la vessie, due à la grande quantité d'urine sécrétée par le rein, chez une multipare de 30 ans ; deux cathétérismes, faits en un laps de temps assez court, mirent ce fait en évidence.

Signalons, en terminant, un cas d'hémorragie pendant le travail.

Enfin, Reid a vu une poche des eaux très volumineuse venir, sous l'abondante poussée de liquide amniotique, faire saillie à la vulve et atteindre le périnée.

D. — Influence du diabète sucré sur les suites de couches

L'accouchement est, pour la diabétique, un traumatisme d'un genre tout particulier, la délivrance laissant après elle une plaie utérine béante ; les voies d'infection sont ouvertes et les germes pathogènes trouveront dans les tissus imbibés de glycose un terrain de culture favorable à leur pullulation.

L'hyperglycémie crée dans l'organisme un état diathésique tout particulier ; l'armée défensive ne répond plus que faiblement aux sollicitations, et souvent, à l'heure de la lutte, elle ne pourra fournir qu'une bien faible résistance.

Les suites de couches pourront donc être normales ou pathologiques ; mais le point sur lequel nous insistons

particulièrement, c'est que, malgré une antisepsie des plus minutieuses, on pourra voir éclater des symptômes d'infection (cas de Lemoine). (?)

Suites de couches normales. — En l'absence de toutes complications, on comprend facilement que l'organisme de la diabétique, profondément affaibli par les longueurs de la gestation et les fatigues du travail, mette un laps de temps assez long pour reprendre son équilibre physiologique.

L'allaitement pourra devenir une cause de dénutrition et continuer à prolonger les relevailles. Dans une observation de John Williams, prise au hasard dans Gaudard, la malade se lève le vingtième jour ; dans celle de M. le docteur Guérin-Valmale, le vingt et unième; par contre, dans l'observation 1, elle reste trois mois au lit.

Les suites de couches seront donc, dans le tiers des cas, simplement prolongées.

Complications des suites de couches. — Nous laisserons complètement de côté ici les accidents relevant directement du diabète, tels que le coma, les néphrites, etc., nous réservant de les décrire dans le chapitre suivant.

L'*hémorragie* a quelquefois commencé immédiatement après la délivrance, sans inertie utérine, sans rétention de membranes ni de cotylédons. Etait-elle due à une rupture vasculaire simple ? Les lésions muqueuses, si fréquentes, nous permettent de le supposer (obs. 24).

Lecorché nous rapporte qu'une tertipare de 45 ans, eut, à deux reprises, des pertes sanguines très abondantes.

Enfin, nous mentionnerons les poussées de furonculose, l'eczéma, etc.

Les règles sont plus longues à reparaître et précédées de violentes coliques.

Infections utérines et péritonéales. — Ce qui nous a frappé, en parcourant les observations de suites de couches pathologiques, c'est que, dans presque tous les cas d'infection, il y avait eu expulsion de fœtus mort et macéré.

La septicémie, la fièvre puerpérale, la péritonite, les phlébites, sont moins fréquentes qu'on ne pourrait le supposer.

Obs. 24 (Lemoine). — M^me^ G..., âgée de 45 ans, deux jours après la délivrance, est prise de frissons violents, tremblement généralisé, claquement de dents, la fièvre est intense, délire, vomissements porracés. Mort.

Obs. de Duncan *in* Gaudard. — M^me^ M..., 36 ans, après avoir accouché de son troisième enfant, qui était mort et macéré, goûte quelque repos ; les douleurs abdominales, qui avaient éclaté pendant le travail, deviennent moins fortes. Mais elle refuse toute nourriture, les vomissements commencent, elle perd connaissance, et meurt.

A l'autopsie, adhérences péritonéales dans le côté droit, un peu de liquide bleuâtre dans la cavité abdominale.

Obs. de Winckel *in* Gaudard. — M^me^ Pot..., 4 jours après son accouchement, élévation de T. à 40°, utérus douloureux, incontinence d'urines.

Duncan nous signale un abcès vulvaire, survenu chez une multipare de 36 ans après un accouchement pénible.

Les abcès du sein sont assez fréquents chez les diabétiques qui nourrissent (obs. 79, 32).

De la mort subite par syncope. — La mort subite par syncope peut survenir du troisième au cinquième jour après la délivrance ; les faits réunis par Duncan, nous dit Lecorché, « montrent que le diabète peut avoir, chez la femme enceinte, des conséquences fatales; sur 15 cas, onze fois le diabète se termina par la mort, dans un délai plus ou moins long après l'accouchement. Quatre fois, la mort survint dans les trois ou quatre jours qui suivirent la délivrance, cinq fois, la mort, bien que ne pouvant être imputée directement à la grossesse, se produisit de 6 à 8 mois ».

En résumé : les suites de couches peuvent être normales ou pathologiques. Dans les cas de diabète grave, où le fœtus succombe, il faudra assurer une antisepsie parfaite, surtout si le travail a été long et l'accouchement pénible.

E. — Influence du diabète sucré sur la vitalité des enfants

Quelle est l'influence du diabète sucré sur la vitalité des enfants ? En sera-t-il pour lui comme de la tuberculose et de la syphilis et le rejeton, taré par l'hérédité maternelle, sera-t-il voué aux tristes lois de la puissance de transmission ?

Une mauvaise graine produit rarement une belle plante, et, sans être marqué du sceau spécifique maternel, le fœtus né en pleine évolution diabétique sera souvent frêle, malingre et d'une viabilité très problématique.

Sa conformation pourra être régulière, mais le dévelop-

pément se fera mal et il pourra y avoir arrêt complet dans le mécanisme intime des échanges cellulaires.

Lorsqu'il y a avortement avant le sixième mois, le fœtus est généralement mort ; dans l'accouchement avant terme ou à terme, il pourra être d'une constitution absolument normale.

Si les dangers courus par la mère sont sérieux, nous dit Gaudard, ceux auxquels est exposé le produit de la conception ne le sont-ils pas encore davantage ?

« Sur 29 grossesses, onze fois l'enfant succomba à une époque variable de la vie intra-utérine, deux fois, il naquit vivant, mais faible, et mourut quelques heures après ». Lecorché arrive à des conclusions à peu près identiques.

Le diabète fœtal est exceptionnel. Dans une observation d'authenticité douteuse, due à Duncan, il est rapporté que le nouveau-né, tourmenté par une polydipsie insatiable, recherchait continuellement le sein maternel.

La glycosurie des nourrissons n'est point, également, un critérium de l'hyperglycémie. O. Pollack a décrit «une glycosurie pouvant apparaître de 8 jours à 2 mois 1/2, due, suivant l'auteur, à la difficulté qu'éprouve la cellule hépatique à transformer en sucre hépatique le lactose absorbé. »

Malformations congénitales. — Les enfants nés de femmes diabétiques peuvent présenter congénitalement des vices de conformation, les uns compatibles avec la vie, les autres amenant inévitablement la mort. Mais, ce qui est intéressant pour l'accoucheur, c'est que, pendant le travail, ces anomalies peuvent créer des dystocies graves, nécessitant parfois une intervention des plus délicates.

Nous signalerons d'abord l'hydrocéphalie (obs. 79, 90.) Gaudard en a recueilli 4 observations, 2 dues à Lecorché, 2 à Duncan. Des enfants nés dans ces conditions, nous dit-il, « le premier meurt 2 jours après sa naissance, le second un mois après, présentant une soif exagérée sans glycosurie ; le troisième, hydrocéphale également, avait une hydrocèle double et vécut 10 mois. »

A en juger par ces faits, si le diabète n'est pas un obstacle absolu à la fécondation, il semble porter une atteinte profonde au produit de la conception, altérer sa nutrition et abréger ses jours.

Allaitement. — Les diabétiques peuvent-elles allaiter?

Les cliniciens avaient jadis tranché cette question par la négative. Ceci nous paraît beaucoup trop absolu, car nous possédons aujourd'hui des observations prouvant que des malades, ayant eu une sécrétion lactée abondante, ont nourri complètement leurs enfants sans en être nullement incommodées.

John Williams, In Gaudard. — M^me^ X*** se lève 20 jours après son accouchement, engraisse, reprend des forces et nourrit son enfant.

Nous pensons donc que, dans l'intérêt du fœtus, l'allaitement pourra être permis dans les cas de diabète peu graves, lorsqu'il n'existera aucune tare maternelle le contre-indiquant (tuberculose, anémie grave, etc.)

Rien d'ailleurs ne sera plus facile que de se rendre un compte exact de l'état d'équilibre de la nutrition de la mère, si elle paraissait se ralentir et le diabète s'aggraver, vous auriez toujours la ressource de recourir à une nourrice mercenaire saine, ou à l'allaitement artificiel ou mixte.

L'enfant sera l'objet de soins hygiéniques tout particuliers ; surveillez attentivement son appareil gastro-intestinal, pesez-le régulièrement, placez-le dans une douce atmosphère et ne négligez aucun des moyens que la science met à notre portée pour assurer son développement normal.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DE LA PUERPÉRALITÉ SUR LE DIABÈTE SUCRÉ

A. — INFLUENCE DE LA PUERPÉRALITÉ SUR L'APPARITION DU DIABÈTE

Quelle est l'influence de la puerpéralité sur le diabète sucré ? Cette question est difficile à trancher d'une façon absolue, car les observations les plus contradictoires abondent. Les uns veulent que la grossesse imprime à la maladie une marche suraiguë, aboutissant à la mort à plus ou moins longue échéance ; les autres, au contraire, pensent que la gestation peut évoluer à terme, sans accidents graves.

Il faut que le temps passe sur ces opinions si dissemblables !

Lorsque les cliniciens et surtout les accoucheurs auront observé davantage, lorsque l'analyse quantitative du sucre sera faite d'une façon systématique chez toutes les femmes grosses, des faits plus nombreux s'opposeront aux hypothèses, et l'on reconnaîtra qu'entre le pessimisme et l'optimisme, il peut y avoir place pour une opinion intermédiaire, nullement préconçue, mais raisonnée.

Il en sera du diabète comme des cardiopathies jadis,

et de tant d'affections à évolution longue, à cycle mal connu. On arrivera à prouver que chaque femme fait son diabète, un diabète particulier, qui, dans les grandes lignes du cadre, se manifestera par les symptômes classiques types, mais avec des divergences dans l'évolution, la marche et surtout dans les complications.

Telle glycosurie, décelée de bonne heure et traitée minutieusement, diminuera d'intensité; telle autre, diagnostiquée tardivement, alors que les lésions organiques seront déjà considérables, paraîtra rebelle à la thérapeutique la plus sévère.

A ces causes multiples, vient encore s'ajouter la question du terrain, vaste point d'interrogation pour chaque malade. Le pronostic sera donc bien complexe pour l'accoucheur et il devra employer toute sa sagacité pour tâcher d'éclaircir ces points sur lesquels l'ombre a paru se faire.

Rien n'est plus difficile à préciser que l'époque exacte à laquelle remontent les premiers accidents ; le début, tantôt brusque, éclate à la suite de vives émotions ou de profonds chagrins, tantôt, au contraire, il s'installe d'une façon fruste, insidieuse, et le hasard seul le fait découvrir.

Ce que l'on prend souvent pour l'apparition de la maladie n'est qu'un état d'aggravation de symptômes préexistants déjà depuis longtemps.

Lorsque une femme enceinte vient vous consulter, atteinte de polyurie et de polydipsie ou plus simplement d'un de ces petits accidents tels que prurit rebelle, eczéma, etc., vous examinez les urines, constatez du glucose en abondance, et portez un diagnostic ferme ; mais pourrez-vous déterminer à combien de temps remonte

l'affection ? Non, rien ne sera plus complexe, et vous serez obligé de fixer une date des plus approximatives.

Fréquence du diabète chez la femme. — Le diabète est plus fréquent qu'on ne le pense chez la femme, et s'il est si souvent méconnu, c'est que la variété des symptômes sous lesquels il se présente peuvent être si différents qu'on a été jusqu'à le confondre avec l'hystérie et même la chlorose.

Dans un certain nombre d'années, nous dit Lecorché, nous avons vu plus de cent cas de diabète chez elle, et nous ne pouvons plus considérer comme rare une affection qui se présente avec ce degré de fréquence.

Seegen en rapporte 34 observations sur 104 cas, et Hertzka, 24 sur 86 ; d'après ses statistiques personnelles, il estime qu'il se montre dans le quart des cas chez la femme ; cette proportion, admise par Griesinger, est aussi adoptée par Frerichs.

La fécondation donne souvent un « coup de fouet » au diabète, accélère sa marche et engendre des complications graves ; il faudra donc employer tous les moyens d'investigation pour le dépister de bonne heure, au moins dans l'état puerpéral.

Quelques facteurs étiologiques paraissent avoir une réelle influence sur son apparition. Nous citerons en première ligne l'hérédité. En parcourant les observations publiées en France et à l'étranger sur les rapports de l'hyperglycémie et de la grossesse, nous avons été frappé par le fait suivant, c'est que lorsque plusieurs membres de la même famille avaient été atteints, le pronostic était beaucoup plus grave pour la mère et l'enfant ; l'avor-

tement et les accidents diabéto-gravidiques étaient à redouter.

Obs. de Williams, *in* Gaudard. — Femme de 25 ans ; deux sœurs diabétiques. Meurt dans le coma, après sa 3me grossesse.

Seegen. — Femme robuste ; diabète fréquent dans la famille, a 4 fausses couches.

Observations de diabète héréditaire

Obs. XXVII. — Femme de 25 ans, née de parents diabétiques, a elle-même deux sœurs diabétiques.

Obs. XX. — Femme de 35 ans, a une tante diabétique, etc.

Que faut-il penser du *diabète conjugal ?*

La coexistence simultanée de l'hyperglycémie chez le mari et la femme a été notée par plusieurs observateurs ; il existe actuellement dans la science une cinquantaine de cas publiés (Souques). (Obs. 95, 37, 49).

Faut-il admettre, avec Sénator et Rendu, l'identité du genre de vie et d'alimentation, la communauté des soucis partagés, ou bien, avec Marie et M. le professeur Teissier, la contagion ? Toutes ces raisons sont excellentes et il serait puéril d'en discuter la valeur ; nous nous permettrons simplement d'ajouter une nouvelle observation qui paraît due à la contagion.

M. le docteur Lautard nous racontait, ces jours-ci, le fait suivant : « Une jeune femme de 22 ans, non diabétique avant son mariage, épousa un homme beaucoup plus âgé qu'elle, hyperglycémique et diabétique ; la glycosurie, la polyurie et la polydipsie apparurent avec la première

grossesse, qui se termina par l'expulsion d'une masse charnue informe.

Le spermatozoïde aurait-il été le lien de contage entre le mari et la femme ? On serait tenté de le supposer.

La *glycosurie gravido-puerpérale* prolongée, répétée, peut-elle en devenant chronique se transformer en diabète sucré ?

Dyce, Duckworth et Thomas en Angleterre, Rumbold en Allemagne, Lecorché en France, le nient absolument, malgré les quelques observations affirmatives de Loëb, Gardner, Frerichs.

Voici l'opinion émise à ce sujet par M. Roque dans son travail récent sur les « Glycosuries non diabétiques ».

« Nous croyons le symptôme glycosurie complètement distinct de la maladie « diabète »; nous ne pensons pas que le symptôme puisse se transformer en maladie ni la glycosurie devenir diabète sucré....

» Ce qui peut faire redouter le diabète chez un glycosurique, ce n'est pas la présence longtemps constatée d'un faible taux de sucre urinaire, c'est le fait qu'il est un goutteux, un nerveux ou un dyspeptique, et que les nerveux, les goutteux et les dyspeptiques peuvent devenir diabétiques...

» Le diabète survenant chez un glycosurique n'est pas une aggravation du symptôme primitif, mais une entité morbide nouvelle sous la dépendance de la même cause étiologique ».

La grossesse agirait d'une façon plus active encore que les facteurs que nous venons d'énumérer.

Les perturbations multiples qu'elle crée dans l'organisme féminin, les désordres qu'elle engendre dans le fonctionnement normal du système nerveux, font que souvent

elle donne un « coup de fouet » au diabète préexistant, hâte son apparition s'il était encore latent et, à ce seul titre, elle peut, comme cause occasionuelle, venir se ranger à côté de l'hérédité.

B.— Influence de la puerpéralité sur l'évolution du diabète sucré

1° *Influence variable de la puerpéralité sur chaque forme de diabète.* — L'influence de la puerpéralité sur l'évolution du diabète varie avec son espèce, le degré des lésions, les antécédents de la femme.

Les accoucheurs n'ont point assez insisté sur ces différents facteurs, et nous pensons qu'avant de porter un pronostic fatal ou favorable, il serait indispensable de les élucider dans la mesure du possible.

L'hyperglycémie peut être symptomatique de troubles fonctionnels les plus divers, d'origine nerveuse, hépatique, pancréatique, etc... En pratique obstétricale, il sera beaucoup plus simple de distinguer une forme aiguë et une forme chronique ; la première grave, la seconde beaucoup plus bénigne.

Il faudra ensuite déterminer la phase approximative de l'évolution de la maladie : début, période d'état, période cachectique.

Au début, les symptômes seront peu accusés et vous pourrez être mis en éveil par un de ces petits signes qui, pris en particulier, n'ont rien de caractéristique, mais dont la persistance pourra vous amener à rechercher le glucose et surtout à le doser : nous voulons parler de l'avortement, des névralgies rebelles, des poussées de furonculose, etc...

Dans les variétés chroniques non héréditaires, la gestation pourra être normale, surtout si la malade est primipare et d'un état social lui permettant de suivre une thérapeutique appropriée.

Les grossesses répétées, au contraire, affaiblissent beaucoup l'organisme et le mettent dans un état de *minoris resistentiæ*, facilitant les complications diabéto-gravidiques.

A la période d'état, la soif insatiable, la polyurie et la glycosurie, ne laisseront aucun doute. La forme chronique évoluera lentement, la forme aiguë présentera plusieurs poussées ascendantes, la fécondation troublera l'équilibre nutritif et si le cœur et le rein fonctionnent mal, le coma pourra éclater, précédé du cortège des symptômes diabéto-gravidiques.

En résumé, nous pensons pouvoir émettre les quelques propositions suivantes :

1° Le diabète ne paraît jamais avoir été amélioré par la grossesse ;

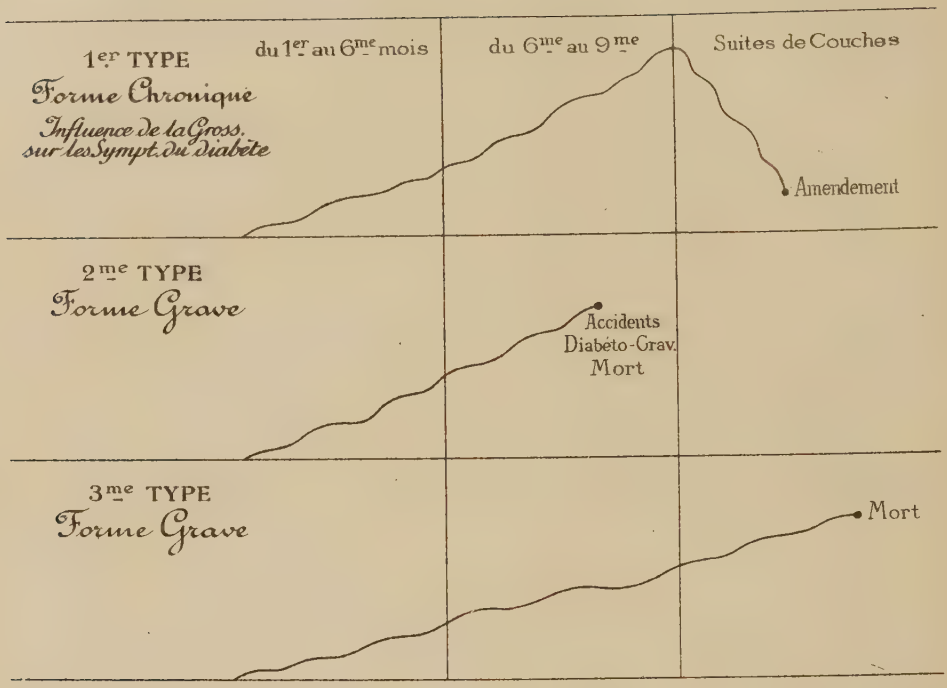
2° Dans la majorité des cas, la fécondation donnera un coup de fouet à la maladie préexistante ;

3° La première moitié de la gestation sera, dans les cas graves, troublée par l'avortement, la seconde réservée aux accidents diabéto-gravidiques ;

4° Le diabète pourra être intermittent et sauter une ou plusieurs grossesses ;

5° Le travail de l'accouchement et les suites de couches auront une influence des plus variables.

Si nous schématisons les types que l'on rencontrera le plus fréquemment, nous aurons les trois tableaux suivants :



Nous allons reprendre chacun de ces points en citant, à l'appui des idées que nous venons d'émettre, le résumé de nos observations.

Nous commencerons par les cas bénins, ceux dans lesquels la fécondation n'a fait qu'accentuer légèrement la glycosurie, la polyurie et la polydipsie, sans engendrer de complications mortelles ni pour la mère ni pour le fœtus.

Obs. I (Docteur Guérin-Valmale). — Femme de 38 ans, dont le diabète est reconnu au troisième mois de la troisième grossesse : la glycosurie oscille entre 20 et 30 gr. par litre jusqu'au jour de l'accouchement.

La polyurie = 2000 gr., chiffre, comme nous le voyons, assez léger.

Mais, le mois qui suit les couches, tout rentre dans l'ordre.

M. le professeur Vallois a fait remarquer, très justement, qu'il serait intéressant de suivre cette malade durant ses grossesses ultérieures, de façon à savoir si la glycosurie transitoire ne deviendrait pas fixe et durable.

John Williams cite le cas suivant : « L'urine d'une diabétique ne présentait, durant les premiers mois de la grossesse, qu'un léger précipité avec la liqueur de Fehling ; au cinquième mois, une analyse attentive démontra 39 gr. de sucre ; au sixième mois, la quantité atteignait 50 gr. ; au septième mois, elle s'élevait au chiffre énorme de 64 gr. en 24 heures ».

Dans l'observation de Born (obs. XII), le sucre éliminé est, au septième mois, de 85 gr. p. 100 ; dans celle de Maygrier et Marchal, 51 gr. au huitième mois ; enfin, Bouchardat et Roche nous donnent le chiffre de 700 gr. en 24 heures.

La glycosurie augmente donc pendant la gestation, et elle paraît s'accroître en raison directe de l'âge de la grossesse.

Un régime azoté presque exclusif, l'abstention de sucreries et de féculents, peuvent l'abaisser ; dans l'observation XVI, elle tombe de 55 gr. à 4 gr. 80 ; dans l'observation II, de La Torre, de 55 gr. à 7 gr.

La diminution lente progressive de la quantité du glucose est d'un pronostic favorable ; elle indique que les lésions ne sont point encore très accentuées et que l'affection est curable.

Il en est tout autrement de sa disparition brusque,

l'insuffisance rénale masque le sucre (Lépine) et le pronostic est alors beaucoup plus sérieux.

La polydipsie et la polyurie sont généralement en corrélation constante, et l'on s'explique facilement que la soif augmente avec l'abondance des urines émises.

Born (obs. XII) nous raconte qu'une tripare de 24 ans eut, dès le début de la gestation, une polydipsie exagérée; « elle buvait, le jour, un litre de vin de la Moselle, avec de l'eau d'Ems. La bonne de la malade déclarait que, tous les soirs, elle lui montait, en cachette, dans sa chambre, un second litre de vin et beaucoup d'eau ».

Quant à la polyurie, Bouchardat et Roche signalent le chiffre de 7 litres en 24 heures.

Nous répéterons, pour ce dernier symptôme, ce que nous venons de dire pour la glycosurie ; la diminution brusque des urines, pouvant aller jusqu'à l'anurie, est d'un funeste présage.

L'amaigrissement a quelquefois été excessif ; une multipare perdit 22 livres au huitième mois.

2° *Diabète intermittent.* — Une femme diabétique, nous dit Trouillard, se remit complètement de ses deux premières couches et ne présenta plus de signes de diabète. Plus tard, la maladie, qui avait suspendu son cours, reprit de plus belle.

John Williams rapporte aussi l'observation d'une hyperglycémique, chez laquelle les symptômes de diabète apparurent durant 7 grossesses pour disparaître après la délivrance.

3° *Des accidents diabéto-gravidiques.* — Il est utile, nous dit Gaudard, de diviser la grossesse en deux pério-

des : « la première s'étend de la conception jusqu'au milieu de la gestation et même un peu plus loin, la seconde va du cinquième mois jusqu'à l'accouchement.

» Dans la première, le diabète est ordinairement muet, ses symptômes passent absolument inaperçus, il y a accalmie, pause. Vers le sixième mois, l'activité générale est exaltée, les symptômes, latents jusque-là, se réveillent, retrouvant une activité plus grande qu'avant la parturition.

» Après une courte rémission, peut-être dans les derniers jours, le diabète livré à lui-même prend une marche rapide, fatale ».

Ces paroles sont exactes et nous n'ajouterons qu'un mot : lorsqu'il s'agit de diabète peu grave, nous admettons que la gestation se développe silencieusement jusqu'au sixième mois, mais il en est tout autrement dans les formes aiguës ou suraiguës ; on peut voir des complications mortelles survenir dès le quatrième ou cinquième mois.

Obs. VII. — *a*) Femme diabétique depuis quelque temps ; a eu trois grossesses terminées par trois fausses couches ; mort de la mère après la troisième.

b) Femme diabétique, trois grossesses, mais pas un seul accouchement à terme ; mort après la troisième fausse couche.

La seconde moitié de la grossesse et plus particulièrement le septième et le huitième mois, sont les époques les plus dangereuses pour la mère. Il en est du diabète comme de certaines cardiopathies : aux accidents cardio-gravidiques correspondent des troubles diabéto-gravidiques dont le coma est souvent la triste résultante.

Du coma. — Quelle est la cause de cette poussée aiguë ? Relève-t-elle du diabète lui-même ? est-ce une auto-intoxication par l'acétone ou l'un des produits de fermentation du glycose, ou bien encore la mort n'est-elle due qu'aux lésions secondaires à l'hyperglycémie ?

Les cliniciens n'ont point encore résolu cette question ; ce que nous pouvons toutefois affirmer, c'est que, dans les autopsies de femmes diabétiques mortes en couches, les uns ont trouvé des lésions rénales et cardiaques suffisantes pour expliquer la mort, tandis que les autres ne les ont point rencontrées.

Le coma, que Frerichs nota 153 fois sur 250 femmes, est une véritable insuffisance fonctionnelle générale ; une simple fatigue anormale, une course en voyage, suffisent pour déterminer son apparition.

Une femme, nous dit Jean Cyr (obs. 32), surprise par un orage, rentra chez elle en courant ; quelques heures après, elle tombait sans connaissance, la pâleur et l'affaissement étaient extrêmes. On veut la conduire à Paris par le train suivant ; en chemin de fer, le coma survient, et la malade meurt dans la nuit (*In* Trouillard).

Le début peut être moins brusque et même insidieux, accompagné de phénomènes d'excitation ou d'affaissement. Dans les cas types, l'haleine à l'odeur aigrelette de pomme trop mûre et l'urine, traitée par le procédé de Lieben, révèle la présence de l'éther éthyldiacétique.

La dyspnée éclate (obs. II); « c'est une véritable soif d'air dont la violence singulière contraste avec l'épuisement général... ; l'essoufflement de la malade est indicible : assise au milieu du lit, la bouche ouverte, haletante, elle dilate sa poitrine au maximum pour respirer le plus d'air possible. »

Le pouls est quelquefois régulier, ou, au contraire, (obs.11), bondissant et arythmique, battant 160 à la minute, tantôt mou, dépressible, entrecoupé de pauses.

La dyspnée peut s'accompagner de douleurs vives, occupant l'hypocondre ou la fosse iliaque :

(Obs. 28, *In* Trouillard) : « La malade, nous dit Born, vomissait fréquemment, et sa main indiquait sans cesse qu'elle souffrait de l'hypochondre gauche... La mort survint après un coma de six heures. »

Les troubles gastro-intestinaux sont constants et plus ou moins accusés ; ici se sont : la nausée, les vomissements bilieux ou alimentaires, accompagnés de constipation ou de diarrhée : c'est le type péritonitique de Jaccoud.

Enfin les extrémités se refroidissent, la température baisse et la mort arrive dans un laps de temps variant de un à plusieurs jours. — (Obs. 1, 9, 10, 20, 24, 25, 32, 57, 63).

Le coma est donc un accident aussi fréquent que redoutable, pouvant éclater aussi bien pendant la grossesse qu'au cours des suites de couches.

Enfin, nous signalerons les lésions rénales, cardiaques et pulmonaires auxquelles pourront se joindre les infections secondaires (bacille de Koch, streptocoque, etc...)

Le glycose circulant dans les divers territoires de l'organisme et imbibant les tissus d'une façon permanente, trouble la nutrition cellulaire, et engendre à la longue une insuffisance fonctionnelle.

On a insisté tout particulièrement sur la néphrite parenchymateuse ; les toxines s'accumulent alors dans l'organisme, la polyurie et la glycosurie diminuent, l'albumine apparaît, et le coma urémique éclate.

Le cœur pourra, au début, tenter de lutter contre cette nouvelle barrière qui gêne la circulation dans ses canaux, mais Frerichs et Richard ont constaté que la lutte ne sera point de longue durée ; la dégénérescence granulo-graisseuse envahit le myocarde, et la syncope est à redouter.

L'endocardite primitive a été notée 14 fois sur 114 cas, «elle constitue, nous dit Lecorché, un des accidents graves du diabète, précipitant la marche de la maladie et favorisant l'apparition de complications tout à fait étrangères à l'affection primitive » ; de là l'essoufflement, les palpitations, les œdèmes, etc.

Enfin la congestion pulmonaire viendra encore rétrécir le champ de l'hématose.

Nous pouvons maintenant comprendre la cause des accidents diabéto-gravidiques; le lien fonctionnel qui relie les trois organes les plus importants de l'économie, le rein, le cœur et le poumon, est si étroit que toute lésion suffisante de l'un d'eux tend à rompre l'équilibre.

Le pronostic du diabète dans l'état puerpéral dépend autant de sa variété que de l'état des différents organes.

Si la guérison du diabète est possible, nous dit Lecorché, « il faut bien reconnaître que la terminaison habituelle, après des péripéties plus ou moins longues et d'une durée variable, est la mort ».

En établissant un pourcentage, il résulte que, 55 fois sur 100, la mort est due à la cachexie, au coma ou à la phtisie.

La néphrite parenchymateuse tue 12 fois sur 100, l'endocardite, 6 fois.

Nous ne nous attarderons actuellement, ni sur la pneumonie, ni sur la bacillose, nous réservant d'y revenir plus loin.

C. — INFLUENCE DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, ET DES SUITES DE COUCHES, SUR LE DIABÈTE SUCRÉ

Nous avons vu que, chez la diabétique, la grossesse peut être interrompue par un avortement ou un accouchement prématuré ; or, toutes les fois que la nature cherchera à se débarrasser du produit de la conception avant le neuvième mois, il s'agira de cas graves, et, ce qui le prouve, c'est que la mort du fœtus précède le travail. Ce dernier pourra se déclarer aux époques les plus variables de la gestation, et le pronostic sera d'autant plus réservé qu'il sera plus précoce.

Nous avons déjà insisté sur les avortements simples ou à répétition suivis de la mort de la mère ; nous ne voulons donc point nous y appesantir de nouveau. La femme, après de longs mois de fatigues, arrivera au terme de la gestation épuisée ; la série des contractions utérines douloureuses et prolongées nécessitera des efforts qu'elle ne pourra plus fournir.

La maladie s'aggravera subitement, la polyurie et la glycosurie deviendront plus abondantes, le cœur, forcé par la longue lutte qu'il vient de soutenir, faiblira de plus en plus, et la dyspnée éclatera.

La cellule rénale, altérée de longue date, ne remplira plus son rôle épurateur et la mort n'aura qu'à choisir l'organe qu'elle veut frapper.

Ce qui prouve encore que cette épreuve du travail a une influence des plus néfastes sur le diabète, c'est que celui-ci, latent jusqu'à ce jour, éclatait aux premières

douleurs avec une violence telle que, dans quelques cas, on songea de suite à rechercher le sucre dans les urines.

Duncan nous raconte qu'une femme de 35 ans eut, dès le début du travail, des symptômes de diabète des plus caractéristiques.

Ce tableau, par trop sombre, ne devra pas pourtant être érigé en règle absolue lorsque la maladie est encore à la période de début, surtout chez une primipare ; le travail, tout en étant un peu prolongé, pourra se dérouler d'une façon presque normale (obs. 3, 16, 26, 40, 58).

L'accouchement lui-même sera un véritable traumatisme pour les organes génitaux de la femme ; choc, ébranlement nerveux, déchirure du col, surfaces cruentes, plaie utérine béante, rien n'y manquera ; les bacilles pathogènes auront une porte d'entrée tout ouverte, et le milieu sucré leur fournira un excellent bouillon de culture.

Les suites de couches peuvent avoir une influence des plus variables ; en l'absence de toute complication, elles sont simplement prolongées de deux à trois semaines.

Dans plusieurs observations, la délivrance a paru même avoir une influence favorable sur la marche de la maladie, la glycosurie, la polyurie et la polydipsie s'atténuèrent, l'organisme, soulagé de l'obstacle qui le gênait, reprit son équilibre.

Chez les multipares et surtout lorsqu'il y aura eu accouchement dystocique, il faudra redouter la fièvre puerpérale ; souvenons-nous du cas de Lemoine : « Multipare ayant eu 5 hémorrhagies dues à une insertion basse du placenta, succombant quelques jours après l'accouchement ».

Le coma pourra éclater après la délivrance ; dans

l'observation XXV, qui nous est personnelle, nous nous trouvâmes en présence d'une primipare de 22 ans, qui avait accouché le matin : elle perdit connaissance dans l'après-midi et succomba 24 heures après.

Dans l'observation XXVII, les suites de couches sont fébriles, la malade reste trois mois au lit, puis se lève, son état paraît s'être amélioré, mais il n'en est rien, elle prend froid, est prise de frissons, ainsi que d'une violente douleur hypogastrique, le coma commence, accompagné de délire, et la mort survient.

Dans l'Observation IX, la femme meurt quatre jours après la délivrance ; dans les observations X et XI, trois et cinq jours après l'accouchement.

L'allaitement pourra, lui aussi, être une cause d'épuisement général, surtout dans le cas de diabète grave (obs. 39).

Bouchardat cite trois exemples de glycosurie diabétique causée par une lactation prolongée ; il observa avec Roche une femme, qui, après avoir allaité longtemps et simultanément deux enfants, devint diabétique. (Trouillard).

Corneliani nous dit également : « Une jeune femme de 22 ans, ayant toujours joui d'une excellente santé, eut deux grossesses normales; les premiers symptômes du diabète éclatèrent chez elle au moment où elle allaitait son dernier né, âgé de 12 mois. Au début, les signes étaient peu marqués, mais peu à peu ils prirent de l'importance ; 20 mois après, elle tombait dans un état d'épuisement épouvantable et mourait à l'hôpital.

La pneumonie et la bacillose aiguë sont deux complications redoutables de l'hyperglycémie et toutes deux à marche rapidement fatale.

M. le professeur Lépine, en 1899, insistait, dans une de ses cliniques à l'Hôtel-Dieu, sur la gravité de la première de ces maladies survenant chez un sujet diabétique, et nous citait, à l'appui de son dire, plusieurs cas de mort dont il avait été le témoin.

Le bacille de Koch, cet ennemi si redoutable, viendra lui aussi envahir ce terrain, si favorable à sa pullulation.

Obs. XV. — La malade s'enrhume quelques jours après son accouchement et meurt, au milieu de l'hiver, de phtisie.

Obs. XIII. — Trois jours après ses couches, la femme, diabétique, succombe à une bacillose pulmonaire.

Enfin, signalons l'influence néfaste des grossesses répétées :

Obs. II. La Torre. — Multipare de 35 ans, morte de néphrite après l'accouchement.

Obs. VII. Seegen. — Femme diabétique meurt après sa 3^{me} grossesse.

Obs. XXXVII. Lecorché. — Mme B., 36 ans, six enfants; à la suite de grands chagrins, polyurie, glycosurie, hémorrhagie cérébrale ; mort.

A côté de ces observations, nous en citerons deux autres, absolument contradictoires : l'une due au D^{r} Fligel, *in* Gaudard (obs. XXIII) :

« Femme de 36 ans, 6 grossesses, six enfants vivants ; enceinte pour la 7^{me} fois ; accouchement et suites de couches excellentes ».

L'autre, due à Maygrier et Marchal (obs. XVI) :

« Femme de 39 ans, délivrée de son 7^{me} enfant par une version, suites de couches excellentes ».

D. — Influence de la puerpéralité sur la cessation du diabète

Quelle est l'influence de la puerpéralité sur la cessation du diabète ?

Pour se rendre compte de sa durée, nous dit Gaudard, il suffit de comparer cette affection chez la femme en dehors de la gestation et chez celles qui ont eu une ou plusieurs grossesses.

Les relevés de Griesinger, qui comprennent 225 cas, montrent que la durée moyenne de la maladie est d'environ 3 ou 4 ans ; or, dans nos observations, il semble que la durée totale ait plutôt diminué qu'augmenté....

« L'aggravation des symptômes du diabète est une preuve indiscutable de l'influence fâcheuse de la grossesse sur la glycosurie ; celle-ci l'accélère le plus souvent et en abrège la durée ».

John Williams a cité une observation de diabète intermittent, apparaissant avec la grossesse et disparaissant avec la délivrance : le fait se reproduisit sept fois de suite.

Ces formes exceptionnelles se rapprochent de celles décrites par Simon, Rayer, Pence Jones et Sachse, où la glycosurie est alternante.

Nous répèterons que cette glycosurie est totalement différente de la glycosurie gravidique ; la première pouvant subitement s'aggraver et engendrer des complications sérieuses ; la seconde, au contraire, d'un pronostic toujours bénin, cesse dans les suites de couches, sans traitement particulier.

Dans la majorité des cas, après l'accouchement, il y aura atténuation du diabète, mais presque toujours persistance des symptômes cardinaux : la femme devra s'astreindre à un régime sévère, éviter toute fatigue, car la moindre imprudence pourrait lui être fatale.

CHAPITRE V

CONDUITE A TENIR AVANT, PENDANT ET APRÈS LA GROSSESSE

La question du traitement médical du diabète est du ressort de la pathologie interne ; nous croyons donc inutile de nous appesantir ici sur un sujet aussi discuté par les cliniciens. Nous nous arrêterons simplement aux points qui peuvent intéresser l'accoucheur, nous voulons parler de la question du mariage et de la conduite à tenir pendant la grossesse.

A. — Avant le mariage

Si le diabète éclatait chez la jeune fille à la puberté, les parents, inquiets, pourraient peut-être vous interroger pour savoir si à l'avenir le mariage et surtout la grossesse n'accentueraient point la maladie préexistante.

Cette question sera délicate pour le médecin et votre réponse, lourde de responsabilité, ne devra être formulée qu'après un long et minutieux examen du sujet.

Voici, dans les grandes lignes du cadre, le plan que vous pourrez suivre :

1° Rechercher les antécédents paternels ou maternels ; le diabète est-il héréditaire et accompagné de toute autre tare pathologique grave ?

2° A quelle date approximative la maladie a-t-elle commencé ? quelle est sa variété ?

3° L'hyperglycémie a-t-elle déjà engendré des complications ?

4° Insister particulièrement sur l'état des organes génitaux et de la menstruation ;

5° Examiner le traitement suivi et les résultats qu'il a fournis ;

6° Terminer par une analyse complète d'urines, de façon à apprécier le taux du glycose, le chiffre de la polyurie et le degré des oxydations.

En résumé, si le diabète est à sa période de début, s'il n'existe aucune complication utérine ou annexielle, s'il cède à une thérapeutique appropriée, autoriser le mariage, tout en vous réservant le droit d'interdire les grossesses répétées au cas où la première donnerait un coup de fouet à la maladie.

Si nous nous permettons d'émettre une opinion qui n'est point admise par tous les accoucheurs, c'est que nous avons pu nous convaincre, en parcourant la longue liste des observations publiées, que le diabète décelé de bonne heure, lorsqu'il revêt une forme peu grave chez une malade docile au traitement, n'est point incompatible avec l'évolution normale d'une grossesse.

B. — Après le mariage

Voici la jeune fille mariée. Avant la fécondation, comme pendant tout le cours de la gestation, elle s'astreindra à l'hygiène spéciale des diabétiques, tant que le taux du sucre sera élevé :

1° Hygiène musculaire, consistant en exercices prudents et en rapport avec les forces de la malade ;

2° Hygiène morale : éviter toutes les émotions vives dont l'influence pourrait être des plus funestes ;

3° Hygiène alimentaire : abstention totale ou partielle, suivant les cas, de féculents et de mets sucrés ;

4° Enfin, au point de vue pharmaceutique pur, n'abusez pas des médicaments tels que l'arsenic, la lithine, l'opium, le bicarbonate de soude, etc..; réservez-les pour l'heure de la lutte, ce seront de précieux auxiliaires qui pourront vous rendre de grands services.

Au point de vue obstétrical pur, vous aurez à redouter l'interruption de la grossesse ; rendez-vous immédiatement compte de l'influence de la fécondation sur la maladie, faites analyser les urines tous les huit jours, pesez la femme et surveillez son état général.

Si, malgré les soins les plus minutieux, la glycosurie augmentait de jour en jour, si la mère maigrissait de plus en plus et que le danger vous parût imminent, proposez vous-même l'interruption de la grossesse, comme la seule thérapeutique prophylactique des accidents diabéto-gravidiques, presque toujours mortels.

Dans le cas où la gestation se déroule silencieuse, gardez-vous d'intervenir et surveillez le cœur et les mouvements du fœtus.

Le médecin, sans trop effrayer la femme, devra pourtant soulever un coin du voile sombre, et lui faire entrevoir la série des dangers auxquels elle s'exposerait en commettant une imprudence.

A l'époque correspondant aux règles, elle gardera le lit, l'organisme paraît, à ce moment, plus sensible, l'uté-

rus ne demande qu'à se contracter sous la moindre excitation pour expulser l'œuf.

« Il est des femmes qui avortent pour le moindre faux pas qu'elles font, ou seulement pour trop lever les bras », disait Mauriceau.

On supprimera le corset et tous les liens constricteurs pouvant gêner la circulation et entraver l'hématose, on veillera à la liberté du ventre, usant de laxatifs huileux, et proscrivant les salins et les drastiques.

Les injections seront indiquées, surtout si la malade a de la métrite ; elles seront prises tièdes, avec des canules de verres rigoureusement aseptiques. Quant au choix de l'antiseptique, nous pensons que le permanganate répondra à tous les desiderata. L'acide phénique ne devra jamais être employé (phénolisme, gangrènes). Quant au sublimé, les lésions rénales le contre-indiqueraient.

Pour éviter toute discussion, nous conclurons en disant : Choisissez le moins toxique et celui dont l'élimination vous paraîtra la plus facile. Pendant le travail de l'accouchement, surveillez la mère de très près sans négliger d'ausculter fréquemment le cœur fœtal.

Que l'asepsie et l'antisepsie soient aussi parfaites que possible ; prenez les précautions les plus minutieuses pour éviter la moindre déchirure créant une porte d'entrée aux germes pathogènes. Assurez-vous que la délivrance aura été complète, et examinez avec soin le placenta et les membranes.

Pendant les suites de couches, on continuera le traitement de fond antidiabétique, la température de la femme sera prise régulièrement, et l'on ne perdra de vue ni l'état de l'utérus ni celui des seins.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL DES ACCIDENTS DIABÉTO-GRAVIDIQUES

Comme chez la cardiaque en imminence d'asystolie, la question d'avortement thérapeutique et de l'accouchement prématuré provoqué peut et doit se poser chez la diabétique, lorsqu'il y a danger pour la mère ou pour le fœtus.

Fry (*Medical News*) est partisan de l'intervention dans les cas graves ; Trouillard, dans sa thèse inaugurale, est du même avis.

Le problème qui se pose à l'accoucheur est donc le suivant :

En présence d'une femme présentant, à une époque quelconque de sa grossesse, des accidents diabéto-gravidiques, quelle sera la conduite à tenir ?

Pour répondre à cette question nous diviserons la gestation en deux périodes : la première, du premier au sixième mois ; la seconde, du sixième au neuvième.

A. — Pendant la première moitié de la grossesse

Si, pendant la première moitié de la grossesse, par le fait seul de la fécondation, le diabète, malgré un traitement hygiénique et médical des plus sévères, prenait une véritable marche aiguë, si la malade présentait des symptômes alarmants mettant sa vie en danger, quelle serait votre conduite ?

Allez-vous vous résoudre à l'expectative, en continuant la thérapeutique instituée, ou interrompre la gestation, seule cause des accidents ?

Lorsque vous aurez épuisé les ressources médicales et que l'état s'aggravera toujours, provoquez l'avortement.

Vous pourrez négliger le fœtus pour deux raisons : 1° dans les cas graves, il meurt d'intoxication ; 2° au cas où il vivrait, il serait expulsé non viable par l'avortement naturel engendré par le diabète lui-même.

Mais à quoi bon intervenir, me direz-vous, si la nature se charge elle-même de se débarrasser du produit de la conception ? Parce que les statistiques prouvent que l'avortement tardif est suivi de la mort de la mère.

Obs. VII (Seegen). — Femme diabétique, meurt après sa troisième fausse couche.

Obs. IX (Fry). — M^me^ F..., 31 ans, avorte à 6 mois ; quatre jours après, mort.

Obs. III (Loëb). — M^me^ F..., 62 ans, avorte à six mois ; mort de la mère.

Nous pensons donc que, pour sauver la mère, l'on sera autorisé à intervenir dans la première moitié de la grossesse et à proposer son interruption, lorsque, malgré un traitement médical, énergique et prolongé, le diabète continuera à s'aggraver.

B. — Pendant la deuxième moitié de la grossesse

1° *Avant le travail.* — Nous savons que pendant la seconde moitié de la grossesse, une accalmie paraît se produire du sixième au septième mois. Après cette époque, le fœtus, dans les cas de diabète grave, commence à

souffrir, ses mouvements deviennent de moins en moins nets, et il succombe environ un mois avant le terme physiologique.

Nos observations prouvent qu'après sa mort, le diabète, loin de s'améliorer, augmente encore davantage; la dyspnée éclate, le cœur se contracte irrégulièrement,et les accidents diabéto-gravidiques empirant de plus en plus, la mère est enlevée à son tour à plus ou moins longue échéance.

Nous allons d'ailleurs résumer le cas typique de M. le professeur La Torre.

Il s'agit d'une multipare, enceinte de 4 mois ; à partir de cette époque, elle commence à maigrir et a de la polyurie.

M. le Dr La Torre, mandé, examine la malade et constate :

1° Que la femme est enceinte de 7 mois ;

2° Que l'enfant est vivant ;

3° Que sans présenter encore de symptômes alarmants, la mère a déjà une glycosurie abondante. Il se résout à l'expectative, pensant qu'il vaut mieux tenter d'abord d'abaisser le taux du sucre, de façon à mettre la malade dans un état de plus grande résistance, au cas où il serait urgent d'intervenir.

Cette sage conduite ne fut malheureusement pas couronnée de succès : le sucre disparut, mais la dyspnée ne tarda point à éclater, accompagnée d'arythmie cardiaque, on fit alors une application de forceps et l'on retira un fœtus mort.

Quelques jours après, la femme succombait.

(Voir également les observations X, XI, XII, XV, XXV, XXVII, XXXVIII, etc....).

Nous pensons donc qu'en présence d'une femme diabétique, non en travail, présentant des accidents diabéto-gravidiques ayant résisté au traitement médical, on pourra interrompre la grossesse et proposer l'accouchement prématuré vers le 7e mois, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

a) *Dans l'intérêt du fœtus.* — Les observations prouvent que le fœtus commence à souffrir dans l'utérus à partir du 7e mois; sa nutrition se ralentit, et il succombe à l'intoxication. Dans les cas où il ne meurt pas, et lorsque l'accouchement se fait à terme, il vient au monde très petit et amaigri.

Enfin, à 7 mois il est viable, et nous ajouterons même qu'il l'est plus qu'à 9, car il n'aura pas souffert pendant deux longs mois.

Grâce aux couveuses et à une bonne alimentation, nous croyons qu'il y a tout intérêt à le soustraire au milieu vicié dans lequel il se trouve ; le milieu aérien oxygéné sera beaucoup plus apte à revivifier ses tissus, et à favoriser son développement.

b) *Dans l'intérêt de la mère.* — Le travail provoqué par l'art, nous dit Léon Dumas, est un véritable accouchement.

Si vous faites une antisepsie minutieuse, la glycosurie ne devra point vous arrêter, car Lecorché nous prouve que la diabétique supporte très bien les interventions.

Enfin, il sera urgent de délivrer la femme :

1° Parce que vous n'aurez plus rien à attendre du traitement médical ;

2° L'expectative ne ferait qu'augmenter les accidents,

et à la mort du fœtus s'ajouterait bientôt celle de la mère ;

3° Quelques observations prouvent qu'un amendement a suivi l'interruption de la grossesse ;

4° La délivrance rétablira peut-être l'équilibre dans l'organisme maternel, la circulation sera moins entravée, le cœur se contractera plus facilement, le foie et le rein auront moins de toxines à éliminer.

2° *La femme est en travail.* — Si les accidents diabéto-gravidiques éclataient pendant le travail, ne perdez pas un seul instant et terminez rapidement l'accouchement d'une façon méthodique, que le fœtus soit mort ou vivant.

1° Si le fœtus est vivant, il est parfaitement viable ;

2° S'il est mort, vous n'avez plus à vous en occuper, mais vous devez songer à la vie de la mère en danger.

Cependant, nous ferons une exception au cas où la malade serait par trop affaiblie et dans l'impossibilité absolue de supporter la moindre opération. Dans ce cas, recourez au traitement médical symptomatique, vous réservant d'intervenir à la première période d'accalmie.

C. — Traitement des accidents relevant directement de la grossesse

Les accidents relevant directement de la grossesse normale ou dystocique, tels que : l'avortement, les hémorragies, l'hydramnios, etc., n'ont rien de particulier chez la diabétique; ce serait tomber dans des redites inutiles que de formuler ici des règles élémentaires, classiques, se trouvant dans tous les traités d'accouchement.

On n'aura qu'à joindre au traitement obstétrical un traitement de fond, s'adressant au diabète lui-même, à doser fréquemment le glycose dans les urines et à se rendre exactement compte du bilan de la nutrition.

D. — Des interventions dans les suites de couches

Si, au cours d'un accouchement dystocique long et laborieux, une intervention avait été nécessaire, si, malgré vos précautions, vous avez créé une déchirure, devez-vous par le fait même que vous êtes en présence d'une diabétique, éloigner à tout jamais le bistouri de ses tissus et hésiter à réparer les désordres, de crainte que la cicatrisation ne puisse se faire ?

Non ; instituez tout simplement un traitement tendant à diminuer la quantité de glycose et, en tenant compte de certaines règles particulières conseillées dans les opérations des diabétiques, « vous pourrez intervenir, nous dit Lecorché, sans jamais avoir d'accidents à déplorer ».

Pour tant que la témérité, chez vous, soit sœur de la prudence et après un premier insuccès, attendez, pour intervenir à nouveau, que l'état général de la malade soit meilleur et son sang moins chargé en glycose, résultat que vous pourrez obtenir en insistant sur le traitement médical.

Le diabète crée, comme la syphilis, une diathèse. « L'organisme ne répond plus aux sollicitations de la même manière que chez les individus en état de santé, et la nouvelle plaie pourra être envahie par la gangrène diabétique ».

Si nous insistons sur ces points, c'est que nous nous

souvenons d'un cas malheureux qui nous avait frappé durant notre année d'internat.

Il s'agissait d'une syphilitique chez laquelle une pénible application de forceps avait créé une déchirure périnéale assez étendue ; on fit une première périnéorraphie, mais les bourgeons charnus n'amenèrent pas la cicatrisation.

La malade, soumise à un traitement spécifique, énergique, fut réopérée quinze jours après sans plus de succès, et l'on fut obligé d'abandonner à la nature le soin de restaurer cette brèche que l'art était impuissant à combler.

Introduction aux Observations

On fera peut-être à ce travail un reproche : celui d'être basé sur un petit nombre d'observations personnelles... Pour le rendre aussi complet que possible, nous avons lu et résumé la presque totalité des observations parues dans les auteurs français ; les unes leur sont personnelles, les autres ont été empruntées par eux-mêmes aux auteurs anglais, allemands et italiens.

D'autre part, si on consulte les publications les plus récentes sur les rapports du diabète et de la grossesse, on se rendra très rapidement compte que les accoucheurs ont mis de longues années pour recueillir des cas typiques.

Nous espérons donc, jusqu'à un certain point, être à l'abri de la critique.

Nos observations ont été empruntées aux travaux de Lecorché, aux thèses de Gaudard et de Trouillard, aux publications de M. le professeur La Torre de Rome, etc.

Enfin, notre père, M. le docteur F. Salemi, M. le docteur Lautard, de Nice, notre ancien chef de service, chirurgien-adjoint de la Maternité, M. le docteur Guérin-Valmale, chef de clinique d'accouchements à Montpellier, ont été assez bons et assez aimables pour nous communiquer quelques observations récentes et pleines d'intérêt.

A cette longue liste, nous avons ajouté deux observations de *diabète insipide* qui permettront d'établir un parallèle avec le diabète sucré ; elles sont dues à l'obligeance de M. le docteur Vinay, de Lyon, qui a été assez bon pour nous indiquer la date de leur publication dans le *Lyon-Médical*.

TABLEAUX

D'OBSERVATIONS RÉSUMÉES

AUTEURS	AGE D. DÉBUT PROBABLE	INFLUENCE DU DIABÈTE	
		GROSSESSE	TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMEN
1 John Williams (*in* Gaudard VIII)	25 ans — 21 ans, avant 1re grossesse.	Ire grossesse en 1880. IIe gr. en 1881 (hydramnios) IIIe grossesse.	Accouchement laborieux. Tr. facile, dure q.q. heure Tr. facile. Acc. à terme.
2 Seegen (*in* Gaudard IX)	Femme diabétique avant 1re grossesse.	3 gross. terminées par 3 fausses couch. de 4 à 5 m.	
3 Fligel (*in* Gaudard X)	36 ans — Avant 7e gross.	VIIe gross. évolué à terme.	Normal.
4 Seegen (*in* Gaudard XI)	Jeune f.— Avant 1re gross.	Ire grossesse normale.	
5 Duncan (*in* Gaudard XII)	30 ans — Pendant 1re gros.	2 mois avant délivrance, le fœtus n'est plus senti.	Tr. long. Hydramnios (5/4 Forceps très facile.
6 Reid (*in* Gaudard XIII)	22 ans — Pendant 2e gross.	Ire gross., à 8 mois accouch. IIe gross., à 8 mois fœtus, n'est pl. senti (hydramn.)	Poche eaux bombe au péri Se déclare à 8 mois. Il est très lent.
7 Bennwitz (*in* Gaudard XIV)	Jeune f. — Pend. 4e gross.	Ve grossesse, persistance des règles.	Travail prématuré.
8 Winckel (*in* Gaudard XV)	Pendant 2e grossesse.	IIe grossesse, hydramnios.	Tr. terminé par version. Tr. dure 43 heures 1/4.
9 Duncan (*in* Gaudard XVI)	35 ans — Pend. 11e gross.		
10 Davidson (*in* Gaudard XVII)	38 ans — Pend. 4e gross.		Tr. se déclare à 8 mois.
11 Duncan (*in* Gaudard XVIII)	Mariée à 36 ans — 1re gross. 2e gross. 3e gross.	Interrompue. Interrompue.	Accouchement provoqué 9 mois. Version.
12 Fréerichs (*in* Gaudard XIX)	36 ans — 3e grossesse.		
13 Loëb (*in* Gaudard XXI)	22 ans — 1re grossesse.	Interrompue à 6 mois.	Accouche à 6 mois spon
14 Leudet (*in* Gaudard XXII)	39 ans — 6e mois de gross.	Evolution normale.	A terme.
15 Marchal Calvi (*in* Gaudard XXIII)	24 ans — 4e grossesse.	Evolution normale.	A terme.
16 Williams (*in* Gaudard XXIV)	33 ans — 1re grossesse. A eu en tout 10 grossesses.	Ire grossesse à terme. IIe grossesse à terme. IIIe grossesse à terme. IVe grossesse à terme. VIe grossesse. VIIe grossesse.	Normal. Normal. Normal. Normal. Travail facile.

SUR	INFLUENCE DE		ENFANT
SUITES DE COUCHES	GROSSESSE SUR DIABÈTE	ACCOUCH. ET S. C. S. DIABÈTE	
		Suc. dimin. 5 j. ap. déliv.	Vivant.
onnes.		Diabète s'atténue fort.	Garçon bien portant.
este 3 mois au lit.	Augm. 7e mois, $\frac{S = 64\ g.}{U = 1875}$	4 mois apr., coma, mort.	Enfant petit.
leurt après la 3e fausse couche.			
Normales.	Glycosurie, 2 à 6 gr. pour 1000.		Bien constitué.
Meurt 6 mois après.			Enfant vivant.
Morte 3 jours après.			
3e jour, dyspnée. Mort.	Polyur., polydips., faibl.	S'atténue après délivr.	Volumin., mort, macér.
Bonnes.			Mort, macéré.
		Glycosurie.	Mort, macéré.
		Soif intense.	
Douleurs abdominal., congestion cérébrale légère. Un trait. fait tout dispar.	Soif vive. Polyurie.	Disparaît après chacun des 6 accouchem.	Meurt pendant le trav. Poids, 12 livres.
5 semaines au lit.			Enfant mort.
4 jours après, temp. 40°. Utérus douleur. Guérison.	Glycosurie pendant la grossesse.	Persistance de glycos.	Enfant viv., 3 k. 370.
		Diab. écl. pend. travail.	Enfant mort-né.
		1 mois apr., glycos. int.	
		Meurt coma q.q. m. apr.	
	Glycosurie, polyurie.	Diab. s'atténue. Glycos. repar. q.q. mois après.	Vit 13 heures.
		Coma, mort 4 mois apr.	
Eruption de furoncles.			Mort, mac dep. 1 mois.
			Macéré.
Morte 2 jours après délivrance.			Mort, macéré.
Morte 15 mois après de phtisie pulmonaire.			
Morte après délivrance.	Soif intense. Amaigriss.		
Morte de variole.			
Quelques mois après. Perte de connaissance. Perforation d'œil.	Polydipsie intense. — Glycosurie marquée.		
	Soif. Sucre.	Délivr. atténue diabète.	Vivant.
	Maigrit pend. 1er mois.		
	Incontin. les dern. mois.		
	Ni soif, ni polyurie.		
	Rend sang noir 2 mois avant délivrance.		
Bonnes.	Soif intense.		Vivant.
Déchirure périnéale opérée avec succès.	Sucre, 230 gr. par 24 heures.	S'atténue, le sucre disparaît.	

AUTEURS	AGE D. DÉBUT PROBABLE	INFLUENCE DU DIABÈTE	
		GROSSESSE	TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMEI
17 Williams (*in* Gaudard)	1re grossesse.	Avortement à 6 mois.	A 6 mois.
18 Williams (*in* Gaudard)	36 ans — Après 6e gross.		
19 Aubrey (*in* Gaudard XXVII)	23 ans — Après 2e gross.	IIIe accouchem. à terme. Liquide amniot. sucré.	
20 Corneliani (*in* Gaudard XXVIII)	22 ans — Pendant allaitem.		
21 Seegen (*in* Gaudard XXX)	Jeune femme. Jeune viennoise.	4 fausses couches. Plus. f. couches répétées.	
22 Gaudard XXXI	Diabète après 3e grossesse.	1 fausse couche. 1 grossesse gémellaire. VIIe grossesse à terme.	
23 Fry (*in* Trouillard)	Diabète éclate à 2e gross.	Accouchement prématuré au 7e mois.	7e mois.
24 Fry (*in* Trouillard)	31 ans — Pendant 2e gross.	Hydramnios. Avortement au 6e mois.	Perte de sang. Lent au début, s'accélè avec rupture de poche
25 Demelin (*in* Trouillard)	30 ans (?).		Se déclare avant term On n'intervient pas.
26 Maygrier (*in* Trouillard)	39 ans — 7e grossesse.	Hydramnios.	Travail lent, puis stati Version.
27 Trouillard	28 ans — 3e grossesse.	Au 5e mois, perte de sang et d'eau. Accouche de 2 fœtus.	
28 Born (*in* Trouillard)	24 ans — 7e grossesse.		Se déclare à 7 mois.
29 Duncan (*in* Trouillard)	36 ans — Après 5e gross.		
30 Husband (*in* Trouillard)	23 ans — Après 2e gross.		
31 Bouchardat (*in* Trouillard)	Jeune f. — Pend. allaitem.		
32 Cyr (*in* Trouillard)	Jeune f. — Après accouch.		
33 Cyr (*in* Trouillard)	35 ans — Après accouch.		

UR	INFLUENCE DE		ENFANT
SUITES DE COUCHES	GROSSESSE SUR DIABÈTE	ACCOUCH. ET S. C. S. DIABÈTE	
onnues.	Dyspnée. Doul. vagues.		
		Polyurie. — polydipsie apr. suites de couch.	
ronculose. — Morte de htisie 8 mois après.	Polyurie et polydipsie très intenses.		Meurt quelques heures après naissance.
		Allait. aggrave diabète. Mort de la mère.	Enfant allaité souffre.
			Enfants faibles.
		Polyurie. Polydipsie. Amaigrissement.	Enfant vivant. Meurt de convulsions.
urt le 5e jour après accouchement.			Enfant meurt 7e mois.
ma, mort le 4e jour.	Aggravation des symptômes. Amaigrissement. Dyspnée.	Coma, mort.	Petit, bien développé. Mort et macéré.
	Aggravation des symptômes.	Coma éclate avec trav. Mort de la femme.	Mort.
cellentes.	Au 7e mois, polyurie et glycosurie atténuées par régime.	Favorable.	Enfant mort-né. Poids, 13 livres 1/2.
isson. Léger état comateux. Guérison.	Polydipsie, anorexie.		Mort au 5e mois de grossesse de 2 fœtus.
	Coma, mort au 7e mois. Symptôme d'étrangl. intestinal. Polydipsie très marquée durant toute la grossesse.		Meurt au 7e mois, 4 jours avant la mère.
cès vulv. Mort subite, yncope. Morte de phtisie.		Diabète après accouch. Polydipsie, polyurie.	Mort-né.
		Après 2e gross., furonc. Polydipsie vive.	1er enfant, meurt pendant le travail. 2e enfant, meurt au 3e mois, méningite. 3e enfant, meurt après naissance.
rte de phtisie après allaitement.		Diabète éclate pendant allaitement.	Vivant, bien constitué.
cès du sein.		Coma éclate à la suite d'un orage. Morte en chemin de fer.	
		4 ans après couches, morte d'auto-intoxic.	

AUTEURS	AGE D. DÉBUT PROBABLE	INFLUENCE DU DIABÈT	
		GROSSESSE (ANTÉCÉDENTS)	TRAVAIL DE L'ACCOUCHEM
34 Lecorché (Du diab. sucré)	34 ans — 32 ans.	3 enfants.	
35 Lecorché (Du diab. sucré)	59 ans — Après 50 ans.	2 enfants allaités par elle.	
36 Lecorché (Du diab. sucré)	57 ans — Après 50 ans.	3 enfants, 2 fausses couch.	
37 Lecorché (Du diab. sucré)		Mari diabétique.	
38 Lecorché (Du diab. sucré)	52 ans — Après 50 ans.	4 enfants.	
39 Lecorché (Du diab. sucré)	69 ans — A 50 ans.	3 enfants.	
40 Lecorché (Du diab. sucré)	40 ans — Avant dernière grossesse.	Evolue normalem. à terme. Mari mort diabétique.	
41 Lecorché (Du diab. sucré)		Enfant délicat.	
42 Lecorché (Du diab. sucré)	46 ans — A 44 ans.	Mère diabétique, mari diabétique.	
43 Lecorché (Du diab. sucré)		Elle-même a eu 4 enfants.	
44 Lecorché (Du diab. sucré)	45 ans — A 33 ans.	Frère diabétique.	
45 Lecorché (Du diab. sucré)		Mariée à 19 ans. 3 enfants.	
46 Lecorché (Du diab. sucré)	56 ans (?).	Pas d'enfants.	
47 Lecorché (Du diab. sucré)	32 ans (?).	Père diabétique. Pas d'enf.	
48 Lecorché (Du diab. sucré)	48 ans — Après 40 ans.	2 enfants, 3 fausses couch.	
49 Lecorché (Du diab. sucré)	56 ans — A 50 ans.	Mari diabétique. 3 enfants.	
50 Lecorché (Du diab. sucré)	60 ans — 50 ans.	A eu 10 enfants.	
51 Lecorché (Du diab. sucré)	55 ans — 53 ans.	2 enfants.	
52 Lecorché (Du diab. sucré)	44 ans (?).	2 enfants.	
53 Lecorché (Du diab. sucré)	64 ans — Après 60 ans.	1 fils à 40 ans.	
54 Lecorché (Du diab. sucré)	52 ans — Après 50 ans.	5 enfants, 2 jumeaux.	
55 Lecorché (Du diab. sucré)	50 ans (?).	2 enfants morts en bas âge.	

R	INFLUENCE DE		ENFANT
SUITES DE COUCHES	GROSSESSE SUR DIABÈTE	ACCOUCH. ET S. C. S. DIABÈTE	

AUTEURS	AGE D. DÉBUT PROBABLE	INFLUENCE DU DIABÈT	
		GROSSESSE (ANTÉCÉDENTS)	TRAVAIL DE L'ACCOUCHEM
56 Newmann (*in* Gaudard VI)	36 ans — Après 30 ans.	IIe Grossesse normale. IIIe Grossesse, interr. à 7 mois. Enfant mort-né.	
57 Newmann (*in* Gaudard VII)	36 ans — Diab. en 1878.	En 1878, un enfant à terme. En 1880, un enfant à terme.	
58 Dr Guérin-Valmale	38 ans — Pendant 3e gross.		Normal.
59 Dr F. Salemi	50 ans — 2e grossesse.	Avortement au 3e mois. IIIe grossesse. A 7 mois, fœtus plus senti.	
60 La Torre.	35 ans — Av. dern. gross.	Volume exagéré du ventre.	Lent. Dilatat. forcée. Fo
61 A. Salemi	52 ans — Av. 2 dern. gross.	2 gross. Interr. au 8e mois.	Travail, 8e mois.
62 Lemoine	45 ans — 4 ans avant dernière grossesse.	Placenta prœvia. 5 hémorrhagies.	Normal.
63 A. Salemi	22 ans — Pendant 1re gros.	Interrompue à 8 mois.	A 8 mois.
64 A. Salemi	62 ans — A 58 ans.		
65 Lecorché	45 ans — 12 ans.	3 grossesses heureuses.	
66 Dodd	25 ans — 2e grossesse.	Evolution normale.	Normal.
67 Vinay	Multipare — Diabète insipide depuis 3 ans.		Rapide. Normal.
68 Lautard	28 ans — 1re grossesse.	Interrompue à 6 mois 1/2.	Prématuré.
69 Vinay	26 ans — 5e grossesse.	Evolue à peu près normalt.	
71 Lecorché (Du diab. sucré)	63 ans — Après ménopause.	9 grossesses heureuses.	
72 Lecorché (Du diab. sucré)	49 ans.	1 fausse couche.	
73 Lecorché (Du diab. sucré)	61 ans — 41 ans.	7 grossesses heureuses.	
74 Lecorché (Du diab. sucré)	53 ans — 49 ans.	6 grossesses heureuses.	
75 Lecorché (Du diab. sucré)	47 ans — 45 ans.	3 grossesses heureuses.	
76 Lecorché (Du diab. sucré)	65 ans — 61 ans.	1 grossesse heureuse.	
77 Lecorché (Du diab. sucré)	31 ans — Avant 5e gross.	Ve gross. Accouch. à 8 mois. 3 enfants. 1 fausse couche.	
78 Lecorché (Du diab. sucré)	50 ans — Après ménopause.	1 f. couche. Pas d'enfants.	
79 Lecorché (Du diab. sucré)	35 ans — Au 5e mois de grossesse.	Perte des eaux à partir de 8 mois.	A terme. Enfant énor avec hydrocéphalie hydrocèle double.

UR	INFLUENCE DE		ENFANT
SUITES DE COUCHES	GROSSESSE SUR DIABÈTE	ACCOUCH. ET S. C S. DIABÈTE	
	20 gr. sucre par once.		
		Coma. Mort 3 jours après les couches.	
ns ap., meurt dans coma.		Coma. Mort 2 ans apr. Naiss. de dernier enf.	
rmales. Se lève au 21e our.	23 gr. de sucre p. 1000. Ur., 1500 à 2000 gr.	Disparition du sucre quelques temps apr.	Vivant. Volume au-dessus de normale.
		100 gr. sucre pour 1000. Glycosurie et polyurie baissent.	Mort au 7e mois.
urt de néphrite.	Polyur. Polydips. Glyc.		Enfant mort-né.
			Fœtus morts macérés.
vre puerpérale. Mort.	Augmentat. des sympt. préexistants.		
		Coma, mort.	Enfant mort.
sieurs années après, couches. Coma. Mort.			
sente troubles cérébr.	Augmentat. des sympt. de diabète insipide.		
eumonie embolique. — Mort.	Aggravation des sympt. de diabète insipide.		Vivant.
	Apparaît avec grossess.		Succombe pendant 1re moitié de grossesse.
	Aggravat. après émot.	Meurt de bacillose plusieurs mois après.	Meurt 15 jours après naissance.
rte phtisique 3 ans apr.		Polydipsie persistante Maigrit de 22 livres.	
urrit 8 mois. Abcès du ein.		Sucre. Disparaît au moment de l'accouch. Reparaît 4 mois apr.	

AUTEURS	AGE D. DÉBUT PROBABLE	INFLUENCE DU DIABÈT	
		GROSSESSE (ANTÉCÉDENTS)	TRAVAIL DE L'ACCOUCHEM
80 Lecorché (Du diab. sucré)	38 ans — Après 30 ans.	Bien réglée. Jamais d'enf.	
81 Lecorché (Du diab. sucré)	66 ans — Après 56 ans.	6 grossesses heureuses.	
82 Lecorché (Du diab. sucré)	61 ans — Après dernière grossesse.	6 grossesses à terme.	
83 Lecorché (Du diab. sucré)	52 ans — 49 ans.	3 enfants.	
84 Lecorché (Du diab. sucré)	52 ans — 48 ans.	A 25 ans, 1 enfant.	
85 Lecorché (Du diab. sucré)	72 ans — 70 ans.	1 fils en excellente santé.	
86 Lecorché (Du diab. sucré)	65 ans — 63 ans.	1 gross. (portée à 8 mois).	
87 Lecorché (Du diab. sucré)	70 ans — 63 ans.	7 enfants.	
88 Lecorché (Du diab. sucré)	48 ans — Après 40 ans.	2 enfants.	
89 Lecorché (Du diab. sucré)	65 ans — 58 ans.	10 enf. (3 couches doubles).	
90 Lecorché (Du diab. sucré)	35 ans — 32 ans	Normale. 5 enfants.	Lent, régul. Enfant me à 21 mois hydrocéph Présente soif exagéré
91 Lecorché (Du diab. sucré)	61 ans — 57 ans.	10 enfants. 4 faus. couches.	
92 Lecorché (Du diab. sucré)	27 ans — 21 ans.	Dernier enfant diabétique (6 ans).	
93 Lecorché (Du diab. sucré)	64 ans — 55 ans.	6 enfants. 2 faus. couches.	
94 Lecorché (Du diab. sucré)	50 ans — 48 ans.	1 grossesse heureuse. 3 f. couches.	
95 Lecorché (Du diab. sucré)	40 ans — 35 ans.	Evolue à terme. Mari mort diabétique.	
96 Lecorché (Du diab. sucré)	49 ans.	2 enfants.	
97 Lecorché (Du diab. sucré)	55 ans — 53 ans.	5 grossesses normales.	
98 Lecorché (Du diab. sucré)	30 ans — 25 ans.	2 grossesses normales.	
99 Lop.		Diabétique. Gross. normale.	
100 Lop.		Diabétique. Gross. normale.	
101 Lop.		Diabétique. Gross. normale.	

R	INFLUENCE DE		ENFANTS
SUITES DE COUCHES	GROSSESSE SUR DIABÈTE	ACCOUCH. ET S. C. S. DIABÈTE	
ques.		Pâleur. Amaigrissement.	
		Devient diabét. après ses couches.	
		Diabète après ménopause.	
		Aggravat. du diabète.	
		Aggravat. du diabète.	

OBSERVATIONS

Observation Première

Due à l'obligeance de M. le docteur Guérin-Valmale)

M^me^ X..., tertipare, sans profession, née et habitant à Montpellier, âgée de 38 ans, de taille moyenne, a toujours présenté une santé délicate, sans être jamais véritablement malade.

Ses antécédents héréditaires sont sans intérêt. Notons seulement que sa mère est morte de péritonite puerpérale et que sa sœur a toujours eu des couches laborieuses nécessitant l'emploi du forceps. Pas de diabète dans la famille.

Elle-même, réglée vers 13 ou 14 ans et très normalement, n'eut jamais ni absence, ni leucorrhée. Elle accuse une rougeole vers 10 ans, des rhumes assez fréquents et des troubles gastriques presque constants.

Mariée en janvier 1888, elle devint rapidement enceinte et accoucha à terme d'une fillette. L'accouchement fut long. Il y avait eu rupture prématurée des membranes, et l'on dut terminer par une application de forceps au bas de l'excavation, par suite d'inertie utérine secondaire. L'enfant, qui fut nourri huit mois par sa mère, est aujourd'hui en bonne santé. L'allaitement fut supprimé par suite de la formation de plusieurs abcès au sein.

Une seconde grossesse survint qui se termina à terme par la naissance d'une seconde fille, le 13 octobre 1892. L'accouchement fut très laborieux. Il y avait d'abord présentation du sommet en O I D P., qui tourna en O S. Le

dégagement dut être fait au forceps ; l'enfant vécut, mais ne fut pas allaitée par sa mère.

Depuis lors, rien de spécial dans l'état de notre malade, si ce n'est que son état de santé, toujours précaire, se maintint dans sa médiocrité, et que ses deux sommets donnèrent de sérieuses présomptions de bacillose. Il n'y eut jamais trace de glycosurie.

En 1899, après sept ans de repos, survint une troisième grossesse. Les dernières règles dataient de la fin du mois de février, et pendant les quatre premiers mois de la grossesse la santé de la gestante fut gravement compromise. Troubles nerveux intenses, troubles gastriques continuels l'avaient considérablement affaiblie. Peu à peu tout rentra dans l'ordre, mais les analyses d'urine mirent en lumière un fait intéressant. Il n'y avait pas trace d'albumine dans l'urine, mais *on y trouvait des quantités assez notables de sucre.*

C'est ainsi que le 8 *mai* (vers trois mois de grossesse), elle en contenait environ 20 *grammes par litre ; le* 17 *mai*, 8 *grammes ; le* 18 *mai*, 17 *grammes ; le* 14 *juin*, 20 *grammes ; le* 11 *juillet*, 23 *grammes.* Et ce taux se maintint jusqu'à l'accouchement. Dans les derniers mois de la grossesse, quelques vagues traces d'albumine s'étant manifestées, un régime lacté mitigé fut institué. La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures variait entre 1500 et 2000 grammes.

Jamais ne furent notées ni la polydipsie, ni la polyphagie, ni des manifestations cutanées du diabète.

Au point de vue purement obstétrical, signalons que le fœtus restait en OIDP avec une tête mobile au détroit supérieur et que l'utérus, très volumineux, contenait un excès évident de liquide amniotique.

Le 9 décembre 1899, quelques contractions utérines furent senties dans la soirée, mais c'est seulement la nuit suivante, vers 1 heure du matin, que les douleurs commencèrent franchement.

L'enfant était toujours en OIDP, mobile au détroit supérieur. La dilatation fut rapide ; la poche se rompit à la dilatation complète et fut aussitôt suivie de l'engagement de la tête et de l'expulsion, qui eut lieu à 4 h. 1/2 du matin en occipito-pubienne.

L'enfant était une superbe fillette, de volume au-dessus de la normale et en excellent état de santé. Elle s'est admirablement élevée jusqu'à ce jour.

La délivrance fut naturelle et même rapide. Les suites de couches restèrent absolument apyrétiques. L'accouchée se leva au vingt-et-unième jour en bon état déjà et depuis lors se porte relativement fort bien. Etant donnée sa bacillose, la malade n'a pas allaité.

Une analyse d'urine faite 9 *jours après l'accouchement* (19 déc.) indiquait un *abaissement notable du taux du sucre*, qui était tombé *à 8 grammes par litre*.

Une seconde analyse, *vers le 15 février* 1900, a démontré l'*absence complète du sucre* dans l'urine.

Observation II

(Docteur F. Salemi. — Inédite)

Je reçus, le 9 novembre 1899, Mme N..., qui, habitant Nice, vint me consulter, disant qu'elle était diabétique.

Je me livrais à un examen minutieux de la malade et pus recueillir les données suivantes :

Antécédents héréditaires et personnels.— Mère robuste,

aucune maladie grave ; elle eut onze enfants et mourut à 76 ans.

Père goutteux, mourut à 60 ans d'accidents cardiaques. Ce dernier avait une polydipsie intense ; était-il diabétique ? La malade le croit.

Elle-même, lymphatique, nerveuse, naquit en 1845 ; elle est la neuvième enfant d'une grossesse gémellaire interrompue au huitième mois.

Sa sœur jumelle mourut à 4 mois.

Mme N..., dans son enfance, était maigre, chétive ; elle eut une fluxion de poitrine, dont elle ne se remit que tardivement.

Mariée à l'âge de 16 ans, elle fut immédiatement enceinte. Elle prit de l'embonpoint, et eut, à sept mois, une fausse couche sans cause appréciable. L'expulsion se fit sans douleurs, sans accidents infectieux consécutifs.

Quelque temps après, seconde grossesse ; sa santé s'altère alors légèrement ; avortement au troisième mois. La malade engraisse et pèse 204 livres.

A 35 ans, Mme N... se remarie.

Elle eut alors une péritonite et des coliques néphrétiques.

Examinée par son médecin traitant, celui-ci remarque que la malade avait de la polyurie et de la polydipsie ; il songea au diabète ; les urines analysées décelèrent, par litre : glucose, 100 grammes. La quantité d'urines émises était de 10 à 12 litres par jour.

Le malade suivit alors divers traitements.

Son état s'améliora, et à 47 ans, Mme N... devint de nouveau enceinte. Tout se passa très bien jusqu'au septième mois, époque à laquelle elle sentit un jour l'enfant

qu'elle portait remuer avec force, puis cesser ensuite tous mouvements.

Elle fit alors quérir une sage-femme qui, après l'avoir examinée, constata que le fœtus était mort.

M. le docteur Péan visita Mme N... quelques jours après ; il confirma le diagnostic porté, et l'engagea à entrer dans sa clinique. Elle se rendit à l'avis du maître, et, une fois dans son service, elle fut à nouveau minutieusement observée. La cause de la mort du fœtus restait un problème pour tous.

Une intervention fut proposée à la malade ; elle s'y refusa, alléguant les dangers que son diabète pourrait lui faire courir.

M. le docteur Péan, s'adressant alors aux personnes qui l'entouraient, prononça ces paroles : « Voilà, Messieurs, la cause que je cherchais : cette femme est diabétique, et c'est cette affection qui a occasionné la mort du fœtus. »

Tel est le récit fidèle que Mme N... me rapporta.

L'opération fut mise de côté, et on fit des injections et un tamponnement. Quelques jours après, la malade ayant envie d'aller à la selle fit des efforts ; son pansement vulvaire tomba, accompagné d'un corps dont elle ne put définir la nature.

Tout disparut dans le tuyau de chute.

La quantité de sucre émise était de 66 grammes par litre. La polyurie égalait 7 à 8 litres.

Les pansements vaginaux furent continués. Un matin, on aperçut un bras faisant procidence : ce dernier, naturellement séparé du tronc, fut expulsé seul. Il n'était nullement putréfié.

Le reste du corps apparut dans les jours qui suivirent.

La femme était alors au neuvième mois de sa grossesse. Elle quitta, à ce moment, la clinique et put reprendre son travail sans fatigue.

Il y a quatre ans, Mme N... eut un grand chagrin ; à ce moment, éclata un prurit génital des plus violents, l'obligeant à se gratter jusqu'au sang. Quelque temps après, éclatèrent des crises nerveuses, à intervalles irréguliers.

Depuis lors, sa santé fut languissante.

Actuellement, la malade est venue me consulter pour un abcès froid présternal. L'examen des urines m'a montré qu'elles contenaient 25 gr. 50 centigrammes de sucre par litre.

La polyurie = 2 litres à 2 litres 1/2 par jour.

Observation III

(Résumée.— Traduction personnelle)

Due à l'obligeance de M. le docteur La Torre

Angela D..., 35 ans, femme de ménage, née à Marino, habitant Rome depuis 18 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. Son père avait 60 ans lorsqu'elle naquit, elle est l'avant-dernière de 5 enfants.

Antécédents physiologiques. — Marche à un an, réglée à 14, toujours régulièrement. Mariée à 24 ans, son mari est fort et sain. Elle-même, plutôt chétive, devint enceinte deux ans après et prit de l'embonpoint pendant sa première grossesse. L'accouchement eut lieu à terme, mais on fit une application de forceps au bout de quatre jours de travail, à cause d'une rupture prématurée des membranes. Elle eut ensuite d'autres grossesses, qui évoluè-

rent normalement, sauf la troisième, qui finit par un avortement de 2 mois environ. Les suites de couches furent physiologiques et elle allaita quelques-uns de ses enfants. La menstruation reprit alors son cours régulier.

Antécédents pathologiques. — Bien que née dans de bonnes conditions de développement, la malade fut souffrante depuis son bas âge; elle attribuait cet état à la vieillesse de son père. Elle avait continuellement du catarrhe intestinal et respirait très difficilement. Fillette, elle eut la fièvre typhoïde et quelques attaques de rhumatisme articulaire; elle était pâle et très faible. A 14 ans passés, une fois la menstruation établie, elle se remit complètement et devint très forte. Cette amélioration dans l'état général de la malade se compléta, comme nous l'avons déjà dit, à l'époque de son mariage.

Quelques mois après le dernier accouchement, qui remonte à 2 ans, la malade eut une leucorrhée très abondante. Elle consulta un médecin qui la soumit à un traitement de grandes doses d'iodure de potassium; cette cure dura longtemps sans amener la guérison espérée; elle ressentit, au contraire, une soif vive qu'elle calmait en ingérant d'énormes quantités de liquides de toutes sortes.

Cet état persista au moins durant une année. L'amaigrissement augmentait de jour en jour, elle perdit alors ses cheveux (pas de syphilis), eut de la polyurie et des troubles visuels.

Elle consulta alors à nouveau divers médecins, mais aucun ne la guérit. Il y a environ une année, un dernier médecin, s'appuyant enfin sur la quantité d'urines rendues par la malade dans les vingt-quatre heures et sur la soif ardente qu'elle ressentait, diagnostiqua le diabète. Les

urines, examinées, décelèrent 100 grammes de sucre par litre. La malade fut, dès lors, soumise à un régime azoté sévère. Au bout de quelque temps, elle se remit. L'appétit était revenu, la nutrition se faisait normalement, les pertes blanches avaient disparu, les urines, seules, restèrent abondantes et ne furent plus examinées. Dans cet état apparent de santé, elle devint à nouveau enceinte.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontaient au 27 mars 1896. Les premiers mois de la grossesse furent normaux ; la femme se sentait bien et mangeait de tout. Vers le 4e ou le 5e mois, elle commença de nouveau à maigrir sensiblement ; les urines augmentèrent de jour en jour à tel point qu'au mois d'octobre, l'accoucheuse qui l'avait assistée dans les autres grossesses conçut de grandes craintes et proposa à la famille d'appeler un accoucheur pour interrompre la grossesse.

La malade dépérissait de jour en jour, l'abdomen prenait un développement énorme, qui n'était pas en rapport avec l'âge de la grossesse.

Je fus mandé auprès de la malade les premiers jours de novembre.

Etat actuel. — Sujet de stature moyenne, constitution médiocre, squelette normal. L'état général n'est pas mauvais, muqueuses colorées, panicule adipeux assez abondant. Je constate la grossesse simple, utérine, remontant à 7 mois, fœtus vivant et gros, pas d'hydramnios. Col long, déchiré à gauche, orifice interne ouvert à 3 centimètres, le doigt tombe directement sur les membranes. On m'avertit alors du diabète antérieur, persistant encore actuellement.

Rien aux poumons ; au cœur, premier bruit un peu voilé ; les urines contiennent du sucre en abondance.

Il s'agit donc d'une femme diabétique, enceinte, chez laquelle le diabète augmente sous l'influence de la grossesse.

L'état général de la nutrition étant satisfaisant, la malade se nourrissant bien, le fœtus étant vivant, la grossesse remontant à 7 mois, l'accouchement doit-il être provoqué?

N'est-il pas plus prudent de chercher à diminuer la quantité du sucre pour éloigner, autant que possible, les dangers de graves complications ? Je m'arrête à cette seconde idée et me résous à ne pas provoquer le travail :

1° Parce que l'état général de la femme est satisfaisant ; 2° vu les bonnes conditions générales de son organisme, il est à espérer qu'avec une thérapeutique appropriée, on pourra obtenir la diminution du sucre ; 3° parce que si l'on provoque subitement le travail, il y aura certainement exagération de l'état morbide et perte de la femme.

Je me propose donc d'obtenir avant tout la diminution ou la disparition du sucre, et relever l'état général de la patiente, ce qui me paraît d'autant plus facile que ce cas est un de ceux qui doivent amener une amélioration ; je cherche enfin à ce que l'accouchement se fasse dans les meilleures conditions possibles pour la femme et pour l'enfant.

J'ordonne une alimentation exclusivement azotée, avec abstention absolue des farineux et des sucreries.

Mon espoir n'est point déçu : l'état général de la malade se relève ; le sucre est éliminé en moindre abondance.

Voici les résultats d'une deuxième analyse :

13 novembre. — 7 gr. 50 cent. de glycose par litre, au lieu de 55 grammes (analyse précédente).

J'insiste de plus en plus sur le même traitement ; ma malade se trouve satisfaite, et le sucre disparaît complètement.

Cet heureux résultat ne fut pas de longue durée.

21 novembre. — Fièvre ; un peu d'oppression ; la quantité d'urine diminue.

Analyse du 23 novembre. — L'albumine a remplacé le sucre : elle est due probablement à l'état fébrile et au sang contenu dans l'urine.

Un traitement approprié fait cesser la fièvre ; l'urine augmente ; l'albumine diminue, et le sucre reparaît.

Analyse du 25 novembre. — Réaction acide ; acide urique ; discrète quantité de sucre ; pas d'albumine ; beaucoup d'indigo.

De cet ensemble, il résulte qu'il ne faut pas perdre de vue l'état du foie.

Dans la nuit du 24, la malade est réveillée subitement, forte dyspnée ; cyanose. Les membranes se rompent spontanément.

Dans la matinée du 25, la patiente est dans un état grave : assise au milieu du lit, l'essoufflement est indicible, la bouche ouverte, haletante, dilatant sa poitrine au maximum pour respirer la plus grande quantité d'air, sans parvenir à assouvir ce que l'on pourrait appeler la soif d'air.

Le pouls est fréquent (120 à 160 à la minute), tantôt dur et bondissant, tantôt mou et dépressible ; de temps en temps il y a arrêt. On dirait que le bulbe cherche à réagir contre l'intoxication ; cette dernière est très grande par suite du mauvais fonctionnement du foie et des reins.

La famille est prévenue de la gravité du cas.

L'intervention est décidée.

La dilatation forcée est faite à la main et suivie d'une application de forceps.

L'état général de la femme est très grave ; le décubitus dorsal est impossible ; il y a de l'orthopnée ; la femme devient cyanotique ; la température égale 38°5 ; le pouls filiforme égale 130. Après l'accouchement forcé et l'expulsion du placenta, la figure devient plus sereine. Mais, au bout de quelques heures, l'état s'aggrave encore. La température égale 39°5.

Cet état persiste quelques jours, puis la malade succombe à une néphrite, ainsi que le démontre la petite quantité d'urine.

Observation IV

(Résumée. — Loëb)

Diabète à première grossesse. — Avortement à six mois. — Mort de la mère deux mois après

M^me^ F..., 22 ans, une sœur aînée morte de diabète à 19 ans. Pas de maladies antérieures. Au deuxième mois de sa première grossesse, symptômes de diabète : soif, polyurie, amaigrissement. Sucre : 1 gr. 0/0 d'urine. Fausse couche à six mois. Meurt peu de temps après.

Observation V

(Résumée. — *In* Lecorché)

Diabète après une grossesse heureuse. — Diabète probable de l'enfant

Diabète persistant de la mère.

Une deuxième grossesse est suivie d'un accouchement normal.

Observation VI

(Résumée. — Lecorché)

Mme D..., 38 ans, malade depuis trois mois, perte des forces, amaigrissement, soif vive, douleurs rénales. Ulcération du col avec granulations intracervicales. Sucre : 40 gr. par litre. Toux sèche, pharyngite granuleuse, rien aux poumons ; quelque temps après, on constate une pleurésie droite avec épanchement. Deux mois après, la santé revient, pas de signes de bacillose.

Observation VII

(Résumée.—Seegen, *in* Duncan)

Femme X..., diabétique, trois grossesses, mais pas un seul accouchement à terme ; chaque fois, avortement de quatre à cinq mois. Morte peu après la troisième fausse couche.

Observation VIII

(Résumée. — Seegen, *in* Duncan)

Femme diabétique depuis quelque temps ; a eu trois grossesses terminées par trois fausses couches. Morte après la troisième fausse couche.

Observation IX

(Résumée. — Lecorché)

Diabète latent. — Mari diabétique. — Trois enfants, deux fausses couches

Mme D..., 57 ans, pas de diabète dans la famille, elle-même toujours bien portante ; a eu trois enfants et deux

fausses couches. Elle se met à maigrir, pas de polydipsie, ni boulimie.

Le mari fait examiner les urines de sa femme, elles contiennent 33 grammes de sucre.

A la suite d'émotions, nouvelle poussée de diabète ; sucre : 71 gr. pour 3 litres 500 d'urines.

Observation X

(Résumée. — Fry)

Diabète à deuxième grossesse. — Au sixième mois, avortement. — Enfant mort macéré. — Quatre jours après, coma et mort de la mère

M^me^ F..., 31 ans, secondipare. Pas d'antécédents héréditaires. Première grossesse et premier accouchement normaux. Bonnes suites de couches. Le lait ne convenant pas à l'enfant, la mère ne nourrit pas.

En 1860, deuxième grossesse ; apparition de polyurie et polydipsie. Quelques mois après, examen des urines ; sucre : 9 gr. 0/0. Un traitement est prescrit.

La grossesse avait débuté en juin. En décembre, dyspnée, surtout quand la malade se couche. Nausées, anorexie, amaigrissement.

Le 11 décembre. — Nuit très mauvaise, dyspnée continue. Les bruits du cœur fœtal cessent. Hydramnios. Le travail se déclare. La délivrance est normale, peu d'hémorragie. L'enfant est petit, mort, macéré.

Quelque temps après, prostration extrême ; pouls faible, extrémités froides.

Thérapeutique appropriée, l'état s'améliore.

Le 15. — Etat de nouveau très grave. Respiration profonde, mais non accélérée. Le soir, coma; le lendemain, mort.

Observation XI

(Résumée.— Newmann, *in* Duncan)

Diabète six mois avant première grossesse. — Deux premières couches normales. — A la troisième grossesse, accouchement prématuré à sept mois. — Enfant mort-né. — Mort de la mère trois jours après accouchement.

Mme G..., 36 ans, mariée depuis 6 ans, son premier enfant a 2 ans. Le diabète a éclaté il y a 3 ans. Polyurie très marquée.

Deuxième grossesse normale. Accouchement normal. La mère ne nourrit pas. Urines : 20 gr. de sucre.

Troisième grossesse. Accouchement prématuré au septième mois. Enfant mort. Pas d'hémorragie. Morte trois jours après. Coma de 12 heures.

Observation XII

(Résumée. — Fry)

Mme X., bonne constitution, pas de maladies antérieures.

La première grossesse et le premier accouchement se terminent normalement.

A la deuxième grossesse, symptômes de diabète vers le sixième mois, l'enfant meurt au septième mois. L'accouchement se fait peu après et la malade meurt au cinquième jour des suites de couches.

Observation XIII

(Résumée. — Born)

Diabète probablement latent depuis plusieurs années, éclate au septième mois de la grossesse. — Diagnostic fait tardivement. — Mort de l'enfant quatre jours avant la mère. — Coma et mort de la mère au septième mois.

Mme X..., 24 ans, mariée depuis deux ans et demi, première grossesse au septième mois, polyurie, polydipsie ; pas d'analyse d'urine.

Le 9 décembre, abattement prononcé ; pouls petit, soif très grande, vomissements.

La femme souffre dans l'hypocondre gauche ; à cet endroit, on sent une masse. Absence de selles. Sedlitz, lavement glycériné. Pas de température. La femme est toujours dans le même état. Les vomissements continuent.

L'enfant cesse de remuer. Opium, nouveau lavement. Le 10 décembre, pas de selles. Pas d'albumine. On craint un étranglement intestinal ; nouveau lavement. La femme rend quelques matières très dures. La douleur dans le ventre a disparu. L'état s'aggrave.

Le mari et la bonne, interrogés, déclarent que la femme buvait beaucoup de vin en cachette. On pense au diabète en présence de la polydipsie révélée. On veut analyser les urines, impossible d'en avoir.

Le 11. Selles, émission de gaz. Somnolence, incontinence d'urines claires. Une heure après coma. Thérapeutique énergique sans résultat. Pouls très petit, morte après un coma de six heures.

Les urines analysées au dernier moment donnent le chiffre énorme de sucre, 85 p. 100. Pas d'albumine. L'autopsie, pratiquée treize heures après, ne révèle rien ni du côté du pancréas ni de l'intestin.

Observation XIV

(Résumée. — Lecorché)

Multipare. — Symptômes de diabète. — Grossesse. — Accouchement prématuré. — Mort du fœtus. — Mort de la mère trois ans après (Phtisie).

Femme de 31 ans. Trois accouchements normaux. Une fausse couche.

En février, polyurie, polydipsie, glycosurie.

En avril, grossesse, cours normal. Accouchement spontané et prématuré à huit mois. L'enfant meurt deux jours après.

Suites de couches. — Polydipsie persistante ; amaigrissement croissant (22 livres). Un an après, 20 gr. de sucre par litre. Boulimie marquée. La malade est forcée d'ingérer de fortes proportions de liquides. Trois ans après ses couches, la malade, qui avait de fréquentes bronchites, succombe à la tuberculose pulmonaire.

Observation XV

(Personnelle, inédite. — Hôtel-Dieu de Lyon)

Multipare. — Symptômes de diabète avant ses deux dernières grossesses ; hydramnios, accouchement prématuré. — Fœtus morts et macérés dans les deux grossesses. — Mère vivante, en traitement.

M^me^ V..., 52 ans. Réglée à 17 ans très régulièrement, mariée à 19 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Les quatre premières grossesses sont normales. A la suite d'émotions morales, polyurie, polydipsie, glycosurie.

Deux nouvelles grossesses, toutes deux compliquées d'hydramnios et toutes deux terminées au huitième mois par l'expulsion de fœtus macérés. Pas de signes de syphilis. Longtemps après, elle entre à l'Hôtel-Dieu et est soignée pour son diabète, la glycosurie vient de diminuer.

Observation XVI

(Résumée. — Frérichs)

Femme diabétique au huitième mois de sa dixième grossesse ; elle meurt, quinze mois après, de phtisie avec gangrène pulmonaire. Tumeur du bulbe.

Observation XVII

(Résumée. — Maygrier et Marchal)

Diabète au septième mois de la septième grossesse. — Enfant volumineux, pesant treize livres et demi. — Mort-né. — Mère en bon état, douze jours après l'accouchement.

Femme X..., 39 ans. Constitution robuste. Santé habituellement excellente. Elle eut six grossesses : deux fausses couches de trois mois, quatre grossesses à terme. Les quatre enfants étaient vivants et très gros. Dernières règles en mars 1900. Fin de grossesse très pénible à cause du volume énorme du ventre

Vers le septième mois, polyurie et glycosurie abondantes.

Au huitième mois, 51 gr. de sucre par litre d'urine ; albumine. Dyspepsie constante. Névralgies. Dysurie, prurit vulvaire.

Sous l'influence du régime, le sucre tombe à 4 gr. 80. Polyurie, état de faiblesse très accusé. Hydramnios. Fœtus très volumineux. Le travail se déclare ; douleurs très espacées, le cœur fœtal cesse de battre.

Présentation = S. I. D. A, mode des fesses. Malgré les contractions incessantes et les efforts de la mère, le travail n'avance pas. On intervient par la version. On extrait un enfant volumineux pesant 6 kil. 750. La délivrance est normale. Huit jours après la mère est dans un excellent état de santé.

Pas de température. Pas de lochies fétides.

Observation XVIII

(Aubrey Husband)

Diabète à la troisième grossesse, enfant né faible mort au bout de quelques jours.

Liquide amniotique sucré ; la mère meurt diabétique six mois après.

Observation XIX

(Résumée. — Due à l'obligeance de M. le professeur Lautard)

Femme de 35 ans, tertipare. A eu plusieurs avortements : premier avortement au troisième mois, deux ans après son mariage ; deuxième avortement à quatre mois (curetage et traitement spécifique insuffisant et mal suivi) ; troisième avortement, une année après. Les mouvements actifs du fœtus sont perçus à quatre mois et demi, pendant quelques jours ; à son arrivée à la maternité ces mouvements avaient cessé. Quinze jours plus tard, elle accouchait d'un fœtus macéré.

L'acétone, recherchée dans ses urines, fut constaté deux jours après son entrée à l'hôpital.

Observation XX

(Résumée. — Lecorché)

Diabète. — Grossesse. — Accouchement à terme. — Forceps. — Enfant avec hydrocéphalie et hydrocèle double.

M^me^ C..., 35 ans ; glycosurie au cinquième mois de sa grossesse, à la suite de violences ; sucre en quantité notable.

Après trois semaines de traitement par l'arséniate de fer, KBr., et le sulfate de quinine, on ne constate plus que des traces de sucre.

A partir du huitième mois, perte des eaux ; accouchement à terme d'un enfant énorme, hydrocéphale avec hydrocèle double.

Forceps ; l'enfant a vécu, perte de sang assez abondante; la malade nourrit 8 mois ; abcès du sein.

Le sucre, qui a à peu près complètement disparu au moment de l'accouchement, reparaît vers le quatrième mois et persiste.

La malade a maigri, et est affaiblie ; sucre = 55 grammes pour trois litres d'urine.

Observation XXI

(Résumée. — Lecorché, 64)

Diabète entre la cinquième et la sixième grossesse. — A la sixième grossesse, enfant mort à 21 mois, hydrocéphale. — Ulcération du col. — Tuberculose. — Mort.

M^me^ D...,35 ans ; 5 enfants ; tante diabétique ; jamais de maladies.

En 1876, polyurie, polydipsie, amaigrissement ; on néglige l'examen des urines ; le diabète est méconnu.

En 1878, sixième grossesse ; évolution normale ; accouchement régulier, mais lent ; pendant suites de couches, ulcération persistante du col ; beaucoup de sucre dans les urines.

Enfant mort hydrocéphale à 21 mois ; pas de sucre dans les urines de l'enfant ; malade très affaiblie ; les urines analysées donnent, sucre = 95 grammes.

En 1880, signes de tuberculose pulmonaire ; morte en 1881.

Observation XXII

(Résumée.— Lecorché)

Diabète. — Grossesse 20 mois après. — Accouchement normal à terme. — Enfant délicat, mère épuisée, amaigrie

M^me^ C..., 40 ans. Diabétique depuis 3 ans. Mari mort diabétique. Il y a 15 mois, grossesse. Accouchement normal.

Enfant délicat, non diabétique.

La mère maigrit. Dyspepsie. Affaiblissement général. Urines : 3 litres par jour. Sucre = 75 grammes par litre.

Observation XXIII

(Résumée.— Lecorché 83)

Diabète conjugal. — Grossesse normale. — Mère et enfant vivants

M^me^ X..., 40 ans. Réglée. Mari diabétique. Mort. Symptômes de diabète. Grossesse normale. Accouchement normal.

Enfant vivant, bien portant. Polyurie : 3 litres par jour. Sucre = 30 à 45 grammes par litre.

Etat général mauvais, amaigrissement, troubles gastriques, dégoût de la viande. Digestion lente.

Observation XXIV

(D^r^ Fligel *in* Gaudard.— Résumée)

Multipare. — Glycosurie et symptômes de diabète au moment de fécondation. — Accouchement normal. — Suites de couches normales.

Femme de 36 ans ; six grossesses à terme. Enfants vivants.

Le taux du sucre est très variable ; on trouve, suivant

les mois, par litre d'urine, sucre = 11 gr. — 27 gr. — 57 gr.

Au moment de la fécondation = 5 à 6 gr. par litre.

La femme devient enceinte pour la 7me fois. Polyurie et polydipsie légères. Sucre = 6 grammes.

Accouchement normal à terme. Enfant vigoureux, vivant.

L'urine contient du sucre après les couches. Suites normales.

Observation XXV

(Résumée. — Lemoine)

Hémorragies multiples de la grossesse chez une Vpare diabétique. — Accouchement et délivrance normaux. — Urines contenant 46 gr. de glycose par litre, au début de la grossesse. — Le sucre disparaît. — Accouchement normal. — Fièvre puerpérale. — Mort.

Mme D..., 45 ans, habite Mottereau (Eure-et-Loir), a eu quatre grossesses normales, sans accidents ni hémorragies.

La dernière grossesse remonte à 12 ans.

Il y a 4 ans, symptômes de diabète ; 46 gr. de glycose par litre. Plusieurs saisons à Vichy ; le sucre tombe à 4 grammes.

Le 27 décembre 1877, mandé auprès de la malade, M. le Dr Lemoine constate une métrorrhagie très abondante.

A la fin de février, nouvelle perte de sang.

En avril, nouvelle métrorrhagie. La grossesse est alors diagnostiquée. La quantité de sucre est énorme.

Le 13 juin, cinquième perte très abondante, accompagnée de vives douleurs nécessitant une injection de morphine. L'hémorragie et les douleurs continuent, la malade

est exsangue, elle ne prend que des bouillons. Le sucre disparaît de l'urine.

Le 20 juin, le travail commence, il se poursuit régulièrement ; l'accouchement et la délivrance se font normalement. Pas d'hémorragies. Placenta sain. Enfant du sexe féminin, très bien portant.

Le 20 et le 21, rien d'anormal. Ventre non douloureux. Utérus bien rétracté. La malade est très pâle.

Le 22 au matin, frisson violent, tremblement général, claquement de dents.

Fièvre intense, délire jusqu'à la mort.

La fièvre et le délire persistent ; le ventre est indolent, non ballonné. Quelques vomissements non porracés. Pas de lochies fétides. Mort.

Observation XXVI

(Personnelle, inédite. — Résumée)

Primipare. — Diabète ignoré. — Coma éclate pendant travail. — Fœtus mort, macéré. — Mort de la mère

Femme S..., 22 ans, mariée. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels fâcheux. Légères bronchites l'hiver. Grossesse se déclare après un an de mariage, normale jusqu'au huitième mois. A ce moment, cessation des mouvements du fœtus. Quinze jours après, le travail se déclare. L'accouchement ayant l'air de traîner en longueur, une sage-femme est requise. Celle-ci intervient seule et délivre la mère. Le soir même, la femme perdait connaissance et tombait dans le coma. C'est à ce moment que je vis la malade pour la première fois. Les parents, interrogés, me déclarent que depuis deux mois elle avait une soif exagérée,

urinait souvent et en grande quantité ; de plus, son caractère s'était modifié et elle avait manifesté les désirs les plus invraisemblables.

Examen de la femme. — Le coma est complet, œdème généralisé. Rétention vésicale énorme. Je sonde la malade et retire près d'un litre d'urines acajou, contenant de l'albumine et une notable quantité de sucre. L'utérus était volumineux et plein de caillots noirs. Pas de symptômes de péritonite. Une thérapeutique active mais désespérée est appliquée. L'état paraît s'améliorer dans la soirée, mais le lendemain matin, à 6 heures, quand je vins revoir la malade, on m'annonça qu'elle avait succombé durant la nuit.

Observation XXVII

(Résumée. — John Williams)

Sixième enfant mort pendant la grossesse, au huitième mois ; le diabète éclate pendant la gestation, la malade meurt subitement quatre mois après la délivrance.

Observation XXVIII

(Résumée. — Williams *in* Duncan)

Diabète trois ans avant première grossesse. — Trois grossesses à terme. — A la deuxième, hydramnios — Un an après, troisième accouchement. — Morte dans le coma.

M^me^ M..., 25 ans, parents diabétiques. Deux sœurs diabétiques. Elle-même diabétique depuis quatre ans.

Premier accouchement en 1880. — Lent, laborieux ; sept jours après, 19 gr. de sucre par 30 gr. d'urine.

2^e^ *Accouchement en* 1881. — Normal, enfant bien portant. Hydramnios, pas de sucre. L'amaigrissement de la mère s'accuse.

Troisième grossesse. — Au cinquième mois, sucre : 39 gr. Accouchement normal à terme. L'enfant est petit. Suites de couches : reste trois mois au lit. Quatre mois après, frisson, douleur à l'hypogastre ; pouls = 120. Utérus volumineux et douloureux. La température tombe. Vomissements. Neuf jours après, violente douleur au côté droit et au cœur. Délire, coma ; mort.

Observation XXIX

(Résumée. — Duncan)

Diabète à fin de première grossesse.— Deux grossesses à terme ; deux accouchements prématurés.— Exagération des symptômes à dernière grossesse. — Enfant mort, macéré. — Excès de liquide amniotique. — Dyspnée pendant le travail, et les trois jours qui suivirent l'accouchement. — Morte le troisième jour.

Mme S..., 30 ans, mariée. Deux enfants vivants ; deux fausses couches.

Constitution faible ; leucorrhée.

Dès sa première grossesse, polyurie, polydipsie ; à la dernière, soif, caractère irascible.

Quelques jours avant le terme de grossesse, le fœtus cesse de bouger.

Le travail commence ; dyspnée. Rupture artificielle des membranes.

Liquide amniotique = 1 litre 1/2.

Forceps. — Enfant normal, mort, macéré ; délivrance facile ; pas d'hémorragie.

Après la naissance de l'enfant, la mère se trouve mieux.

La quantité d'urines émises diminue ; sucre, albumine.

Respiration anxieuse, irrégulière ; le pouls se ralentit, et la mort arrive trois jours après la délivrance.

Observation XXX

(Résumée. — Docteur Lautard)

Primipare, âgée de 28 ans, mariée depuis trois ans à un diabétique alcoolique. Enceinte, on s'aperçoit, à six mois et demi que le fœtus est mort ; elle présente successivement de l'œdème des membres inférieurs et de l'albumine dans les urines.

A neuf mois, elle accouche d'une masse charnue. Les mouvements actifs du fœtus n'avaient jamais été perçus.

Les urines examinées trois jours avant l'accouchement contenaient du sucre.

Le diabète parut se transmettre ici par conception du mari à la femme (?).

Observation XXXI

(Résumée.— Marchal, de Calvi)

Diabète au sixième mois de la grossesse. — Accouchement normal. — Disparition du sucre. — Perforation du globe de l'œil.

Héloïse T..., 24 ans ; Hôtel-Dieu de Rouen. Bonne santé. Quatre grossesses ; deux doubles ; accouche, il y a quatre mois et demi, à terme.

Dans le cours de sa quatrième grossesse, perte de la vue de l'œil gauche.

Pas de phénomènes de paralysie du côté de la face ou des membres.

Peu après, soif vive ; 5 à 6 litres de boisson par jour.

Urines sucrées. Maux de tête intenses. Accouchement normal ; suites de couches normales.

Actuellement.— Perte de connaissance complète ; occlu-

sion des paupières du côté gauche ; dilatation et insensibilité de la pupille de ce côté ; pas de paralysie des membres.

Le lendemain, la femme reprend connaissance, et les jours suivants ces symptômes diminuent.

Le surlendemain, disparition du sucre ; mais, quelque temps après tuméfaction de l'œil, ulcération de la cornée, perforation.

Au mois d'août, c'est-à-dire un mois après son entrée, elle sort de l'hôpital.

Observation XXXII

(Résumée.— Duncan)

Diabète après cinquième grossesse. — Sixième grossesse normale. — Après accouchement, nouveau signe de diabète. — Mort.

Femme S..., 36 ans ; mariée ; cinq enfants vivants ; le dernier mort-né à 8 mois ; un avortement de 3 mois.

Après un accouchement pénible à cinquième grossesse, abcès vulvaire.

En même temps, éclatent la polydipsie, la polyurie, la polyphagie et l'amaigrissement.

L'urine aurait été sucrée.

Pendant la sixième grossesse, la femme engraisse un peu. L'enfant est mort-né.

Dès lors, reprise de la polyurie et de la polydipsie. Amaigrissement ; éruption de furoncles.

Pas d'antécédents héréditaires de diabète.

Le 16 mai. — Constipation, prostration, perte de connaissance, délire, vomissements.

L'urine contient du sucre et de l'albumine.

Le 15 juin. — Mieux sensible ; appétit revenu.

Le 16 juin. — Mort subite ; syncope (?)

A l'autopsie : estomac dilaté ; foie flasque, pâle, friable ; adhérences pleurales.

Observation XXXIII

(Résumée. — J. Cyr)

Plusieurs grossesses normales. — Apparition du diabète aux dernières suites de couches. — Traitement. — Etat s'améliore. — Rechute 4 ans après. — Mort.

Femme X..., 35 ans, mère de plusieurs enfants ; depuis ses dernières suites de couches, polyurie, polydipsie ; les urines tachent le linge ; sucre en abondance ; régime et médications appropriées ; état s'améliore.

Environ 4 ans après, la femme est prise de dyspnée, violentes douleurs à l'hypogastre.

Le 19 mai, anxiété, extrémités froides ; pouls petit, fréquent ; rien au poumon, polydipsie intense ; urines, sucre et albumine ; l'état s'aggrave de plus en plus.

Le 20 au matin, oppression, pâleur, pouls petit ; morte le soir à 9 heures.

Observation XXXIV

(Résumée. — J. Cyr)

Diabète apparaît six semaines après accouchement. — Abcès du sein. — Régime. — Coma. — Mort.

Symptôme de diabète, six semaines après accouchement. Jeune femme ordinairement bien portante ; abcès du sein, la malade ne nourrit pas ; régime approprié.

Un jour, surprise par un orage, la malade rentre chez elle en courant. Quelques heures après, elle tombe sans connaissance ; pâleur, affaiblissement marqué ; on veut

l'emmener à Paris par le train suivant. En chemin de fer, coma. La malade meurt dans la nuit.

Observation XXXV

(Personnelle, inédite, 1899, hôpital, Saint-Joseph, de Lyon)

Mme veuve L... 62 ans, cultivatrice, parents morts d'affection inconnue ; un frère atteint actuellement d'affection pulmonaire ; aucune maladie antérieure ; réglée à 12 ans, toujours très régulièrement ; les règles cessent définitivement à 50 ans ; quatre grossesses ayant évolué normalement ; accouchements à terme, enfants vivants à la naissance.

Le dernier des nouveau-nés n'a vécu que deux ans.

A 58 ans, les premiers symptômes de diabète éclatent à la suite de vives émotions ; c'est tout d'abord une soif ardente, forçant la malade à boire jour et nuit ; la polyurie est très marquée.

En même temps, éclatent de la céphalée et des troubles oculaires. La malade se plaint d'être incommodée par la vue de nombreuses mouches volantes.

Elle fait en 1897 un premier séjour à l'hôpital, et en sort au bout de quelque temps très améliorée.

En octobre 1899, c'est-à-dire 2 ans après, elle se représente de nouveau à la visite et fait un nouveau et dernier séjour ; actuellement, l'amaigrissement est extrême, la soif est vive, l'appétit accusé ; la constipation est opiniâtre. On note une ecchymose sous-conjonctivale.

Le délire ne tarde pas éclater : coma ; urines ; 35 gr. de sucre par litre.

Observation XXXVI

(Résumée.— Seegen)

Jeune femme diabétique depuis plusieurs années ; mère diabétique.

Elle-même souffre du diabète, même avant son mariage; devenue enceinte, accouche à terme d'un enfant vivant.

Mort de la mère six mois après.

Observation XXXVII

(Résumée. — Démelin)

Coma diabétique au début du travail. — Enfant mort. — Mort de la mère 12 heures après

Cette femme arrive à l'hôpital dans le coma ; elle est reconnue enceinte et en travail ; à 6 heures du soir, persistance du coma, pas de paralysie.

Température : 37°8 ; pouls petit ; dyspnée ; pas d'œdème, pas de convulsions. Le palais de la femme est très sec, pas d'acétonurie.

Contractions utérines intermittentes, absence de bruit fœtal ; enfant mort, on n'intervient pas ; poche des eaux intacte.

Le coma devient de plus en plus profond ; morte le 6 mars à 4 heures du matin.

Observation XXXVIII

(Lecorché. — Résumée)

Diabète héréditaire. — Dix enfants. — Parésie du côté gauche. — Morte par hémorragie cérébrale

M^me^ B..., 36 ans. La dernière couche remonte à l'âge de 36 ans. Embonpoint prononcé, abus de féculents. Jamais

de maladies sérieuses. Un fils diabétique, exempté du service militaire à cause de son embonpoint.

Le diabète de M^me^ B... remonte à 7 ans.

La quantité d'urines rendue n'a jamais été considérable.

Le diabète a éclaté à la suite de graves chagrins. Le diabète est caractérisé chez elle par de l'amaigrissement, de la polyurie ; le sucre = 25 à 45 gr. par litre.

Traitement arsénical et ferrugineux, le sucre tombe. La malade succombe à une hémorragie cérébrale.

Observation XXXIX

(Bouchardat et Roche. — Résumée)

Diabète pendant l'allaitement. — Supprimé par le traitement. — Celui-ci abandonné, retour de la maladie. — Morte par phtisie

Femme jeune, active, bien constituée. Après une grossesse et une couche heureuses, nourrit son enfant. Lait en grande abondance, nourrit momentanément deux nourrissons. Boulimie, polydipsie. Amaigrissement, perte des forces, vue s'affaiblit. Le diabète est diagnostiqué.

Urines = 700 gr. de sucre et 7 litres par 24 heures.

Traitement approprié. Sucre disparaît. L'état général redevient bon. Les féculents sont à nouveau permis. La maladie reparaît. Morte de phtisie pulmonaire.

Observation XL

(Cornéliani. — Résumée)

Deux grossesses. — Diabète sept mois après le dernier accouchement. — Diminution de la sécrétion lactée. — Enfant souffre. — Mort peu après de la femme.

Maria M..., 22 ans, parents sains. Deux fils, santé excellente. Elle allaitait son dernier fils, quand elle com-

mença à sentir les symptômes du diabète ; polyurie, polydipsie ; l'enfant qu'elle nourrit souffre. Perte de forces, boulimie, amaigrissement. Ces phénomènes s'accentuent rapidement. Au bout de seize mois, la faiblesse est extrême.

En avril 1889, elle entre à l'hôpital. A la visite, femme pâle, amaigrie et affaiblie. Langue sèche, soif ardente, appétit exagéré. Abdomen douloureux à la pression.

Urines abondantes. Odeur de violette, mictions fréquentes. Prurit des organes génitaux externes. Maigreur si accusée que la peau semble collée aux os. Sucre dans l'urine.

Morte en août 1889.

Observation XLI

(Résumée. — Dr Vinay)

Diabète insipide survenu au cours de la cinquième grossesse, à la suite d'un choc moral. — Amélioration après l'accouchement.— Phtisie consécutive

Marie L..., 26 ans, entre à Sainte-Marie le 28 septembre 1895. Rien de particulier dans les antécédents.

Quatre grossesses normales. Les deux premiers enfants morts en bas âge.

La grossesse actuelle remonte à 7 mois ; il est difficile de préciser exactement son début, la malade étant nourrice et *mal réglée*.

Jusqu'en août, grossesse normale. Pas de vomissements ni troubles d'aucune sorte.

Le 7 août, un incendie survient chez elle et la réduit à la misère. Quinze jours plus tard, *polyurie, polydipsie ;* la malade boit 12 litres par jour. Pas de sucre, pas d'albumine.

En octobre, maux de tête ; en novembre, troubles digestifs, nausées, vomissements. Actuellement, ces phénomènes se sont amendés.

A l'entrée, le 28 novembre, phénomènes dyspeptiques. Deux plaques d'hypéresthésie. La malade a de la peine à se tenir debout ; fatigue musculaire rapide ; diplopie, photophobie, hyperacousie. Cette femme est très impressionnable ; amnésie partielle ; céphalée constante avec paroxysmes douloureux. Au cœur, pas de souffle. Rien au poumon, la malade n'a jamais toussé. Pas de température.

Du 29 au 30 novembre, polyurie : 6 litres. Urines, couleur jaune, très pâles. Ni sucre ni inosite ; NaCl = 0,40 par litre.

Le 11 et le 12 décembre, vomissements assez abondants : malaise général ; pas de fièvre.

Le 3 janvier, urines des 24 heures = 10 litres 500.

Jusqu'au 7 janvier, alternatives de diarrhée et vomissements.

Le 10 janvier, accouchement à une heure du matin ; travail rapide, présentation : S. I. D. P. Délivrance spontanée, pas d'hémorragie. Poids de l'enfant, 2 k. 600. Il est confié à une nourrice et succombe 15 jours après sa naissance.

Le 21 janvier, retour des vomissements. Pas de fièvre, pas de douleurs abdominales.

Le 29 janvier, urines = 3 litres 800 en 24 heures. Pas de sucre, très peu d'*acide urique et chlorures*.

Le 18 mars urines = 5 litres. La malade se lève, descend à la cour. Etat général excellent, alimentation facile, fonctions digestives normales. La malade augmente de poids.

Cette malade sort, en bon état, dans le courant d'avril, elle ne tousse pas ; état général satisfaisant.

En février 1897, elle rentre à l'hôpital à nouveau, atteinte d'une induration tuberculeuse des sommets.

Le 7 avril, poussée granulique. Mort.

Observation XLII

(Résumée. — Dr Vinay)

Polyurie intense datant de deux ans et consécutive à une émotion vive. — Grossesse normale. — Pneumonie embolique double, vers le quatorzième jour du puerperium, sans infection antérieure. — Mort.

Rafaela J..., secondipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 24 juillet 1895. Jusqu'à l'affection actuelle, excellente santé.

La menstruation s'établit vers 10 ans et demi, elle fut toujours très régulière.

Les premières couches eurent lieu en 1891. Enfant vivant encore actuellement.

Les premiers symptômes de diabète insipide remontent à 3 ans ; l'affection débute brusquement, à la suite d'une émotion violente.

D'origine espagnole, habitant les bords de l'Ebre, elle vit ses récoltes détruites par un débordement du fleuve ; ce sinistre la terrorisa ; le soir, polydipsie intense, elle boit un litre d'eau.

La soif continue et persiste. La polyurie n'éclate que quinze jours après.

En 1893, elle entre dans le service de M. le docteur Bouveret et y fait un séjour de deux mois. Pas de sucre, pas d'albumine. A son arrivée, la polyurie était de 20 à 25 litres. A sa sortie, elle était tombée à 14 litres.

En octobre 1894, deuxième grossesse ; quelques vomissements fugaces ; la polydipsie et la polyurie diminuent sans traitement. Trois mois avant l'accouchement, l'urine des 24 heures s'élevait à cinq ou six litres.

Cet état persiste jusqu'à l'accouchement.

Le 31 juillet 1895, accouchement rapide et normal.

Délivrance normale. L'enfant pèse 3 kilog. 100.

Le lendemain de l'accouchement, la soif reparaît ; la diurèse atteint onze litres le deuxième jour. Pas de sucre, pas d'albumine.

Malgré l'avis contraire de M. le docteur Vinay, cette femme veut nourrir. Les seins étaient superbes, la sécrétion lactée abondante. Pendant un séjour à la Maternité, suites de couches normales. Elle sort de l'Hôpital le 11 août.

Le lendemain, 12 jours après son accouchement, éclate brusquement une douleur au côté droit du thorax ; la dyspnée est vive, les crachats sont sanglants, la température = 39,8.

Six jours après, apyrexie complète.

Le 22 août, retour des accidents, cette fois à gauche ; température = 40°3, pouls faible, ondulant.

A l'auscultation, pas de localisation nette, quelques râles crépitants vers la base ; expectoration rosée.

Du 23 au 27, température = 39° et 40° ; pas de souffle tubaire.

Le 27, la dyspnée a diminué, la température = 37°5 ; l'état général paraît satisfaisant ; la nuit est excellente ; le lendemain, à 5 heures du matin, au moment de donner le sein à son enfant, la malade est prise d'une sensation brusque d'étouffement ; bientôt après elle se met à râler, les extrémités sont froides, le front couvert de sueur, le pouls

imperceptible, la dyspnée est extrême : R = 160 à la minute. Sans perdre connaissance, la malade montre sa région précordiale et dit : « C'est là que j'étouffe ». La mort arrive dix minutes après le début des accidents ; malgré les soins empressés et immédiats, l'asphyxie l'emporte.

Observation XLIII

(Résumée). — Dr Dodd

Secondipare. — Diabète insipide éclate au cours de deuxième grossesse. — Accouchement normal. — Accidents cérébraux

Femme âgée de 25 ans. — Secondipare.

Au 4e mois de la deuxième grossesse, polyurie très abondante, atteignant bientôt le chiffre de 12 litres par jour.

Urines claires ; pas de sucre, pas d'albumine.

Polydipsie accusée. — Amaigrissement marqué. — Langue sèche, légèrement ulcérée.

Un traitement est institué, peu d'amélioration.

Grossesse évolue normalement ; accouchement à terme.

En quelques jours, l'urine reprend ses caractères normaux.

Suites de couches. — Quinze mois après, cette malade présente des troubles cérébraux et est internée.

CONCLUSIONS

I. — Il existe chez les deux tiers des femmes enceintes une glycosurie gravidique, apparaissant au cours des deux derniers mois de la gestation, et disparaissant sans traitement dans le post-partum.

Son pronostic est bénin, car elle n'a aucun rapport avec le diabète sucré.

II. — Toute femme diabétique avérée n'est point fatalement inféconde. Tant qu'il n'y aura point de lésions utérines, salpingo-ovariennes ou ovulaires empêchant l'ingravescence, la grossesse sera possible.

En raison de la gravité pour la mère et l'enfant des accidents diabéto-gravidiques, la recherche et le dosage du glycose devront être faits d'une façon systématique, chez toutes les femmes enceintes soupçonnées diabétiques.

Dans les formes de diabète peu grave, la gestation évoluera normalement et à terme ; dans les formes aiguës au suraiguës on redoutera l'avortement et l'accouchement prématuré.

Les suites de couches sont généralement prolongées.

La vitalité du produit de la conception est souvent diminuée, et il peut succomber *in utero* ou naître du septième au neuvième mois, chétif et malingre.

III. — L'influence de la puerpéralité sur le diabète

dépendra autant de sa variété que de l'état des différents organes, reins, cœur, foie, etc.

Dans la majorité des cas, il y aura accalmie, pendant la première moitié de la gestation, puis « *coup de fouet* » avec aggravation des symptômes préexistants du septième au neuvième mois. C'est également vers cette époque qu'éclateront les accidents diabéto-gravidiques, dont le pronostic est toujours très sombre.

Après la délivrance, la glycosurie, la polyurie et la polydipsie s'atténueront, mais il faudra redouter les complications rénales ou pulmonaires.

L'imbibition constante des tissus par le sucre trouble la nutrition cellulaire et favorise l'infection.

IV. — Le mariage pourra être permis chez la jeune fille diabétique, si l'affection est à sa période de début, s'il n'existe aucune lésion utérine ou annexielle, et surtout si le diabète cède facilement à une thérapeutique appropriée.

Réservez-vous le soin d'interdire les grossesses répétées au cas où la première donnerait un coup de fouet à la maladie.

V. – Avant, pendant et après la grossesse, on instituera un traitement hygiénique et médical des plus sévères.

La question de l'interruption de la grossesse devra se poser, lorsqu'après avoir épuisé les ressources médicales, les accidents diabéto-gravidiques menacent la vie de la mère et de l'enfant : tel sera le véritable et le seul traitement obstétrical rationnel.

BIBLIOGRAPHIE

Blot. — De la glycosurie des femmes en couches. (Gaz. Hebd. Hôpitaux, 1856).

Brocard. — La glycosurie de la grossesse. (Thèse, Paris, 1898). —

Bouffe de Saint-Blaise. — Annales de gynécologie. (Tome 50.)

Berberoff. — American Jornal, oct. 1893 (page 498).

Charrin et Guillemonat. — Comptes rendus. (Soc. de Biologie, mars 1900).

Couvelaire. — Annales de gynécologie (tome 51).

Can et Turnal. — Revue d'Hayem. (Année 1894, p. 435).

Cappeznelli. — Sperimental, 1858.

De La Torre. — Gravidanza e diabète (Bul. d. soc. Lancisiana 1897).

Debove et Achard. — Manuel de médecine (Article *diabète*).

Duncan.

Gaudard. — Essai sur le diabète dans l'état puerpéral (thèse de Paris, 1889).

Keim. — Recherche de la glycosurie, de la grossesse et de la puerpéralité. (Soc. d'obstétrique, novembre 1898).

Kleinwachter. — Zeitsch. f. Geb. gynœk. XXXVIII, 191.

Leduc. — Les sucres urinaires des femmes en état gravido-puerpéral (Bull. médical novembre 1898).

Lecorché. — Le diabète sucré chez la femme.

Lop. — Gazette des Hôpitaux, année 1899, n° 54.

Louvet. — La glycosurie des femmes en lactation. (Thèse, Paris 1873).

Maunoury. — Hémorragies multiples de la grossesse chez une diabétique (Bull. Soc. de chirurgie, année 1879, p. 762).

Parbridge. — Medical Record, août 1895.

RIBEMONT. — Traité d'obstétrique.
ROSSA. — Glycosurie et grossesse. (Centr. f. gyn. 1896).
ROQUE.— Glycosuries non diabétiques.
STIEBER. — Clycosurie pendant la grossesse. (Soc. d'obst. de France. Avril 1895).
TAYLOR. — Diabète sucré et grossesse. (Journal de médecine et chirurgie, juin 1899, p. 423).
TEISSIER. — Semaine médicale. (Année 1894, p. 480).
TROUILLARD. — Thèse de Paris. (Année 1893).
VINAY. — Traité des maladies de la grossesse et Lyon médical. (Année 1898).

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 30 mai 1900.
Le Doyen,
L. VIALLETON

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 30 mai 1900.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

DIVISION DU SUJET 13

CHAPITRE PREMIER. — Historique. 15

CHAPITRE II. — De la glycosurie gravidique. 23

Diagnostic. 32

Pronostic. 33

CHAPITRE III. — Influence du diabète sucré sur la puerpéralité 34

A. Influence sur la conception. 34

B. Influence sur la grossesse 35

1° Grossesses normales. 37

2° Grossesses interrompues. 39

3° Complications et accidents de la grossesse chez les diabétiques 42

C. Influence du travail de l'accouchement sur le diabète. 45

D. Influence du diabète sur les suites de couches . 46

E. Influence du diabète sur la vitalité des enfants . 49

CHAPITRE IV. — Influence de la puerpéralité sur le diabète sucré. 53

A. Influence de la puerpéralité sur l'apparition du diabète. Fréquence du diabète chez la femme. 53

Pages

B. Influence de la puerpéralité sur l'évolution du diabète. 58
1° Influence variable sur chaque forme. 58
2° Diabète intermittent. 62
3° Des accidents diabéto-gravidiques. 62
C. Influence du travail, de l'accouchement et des suites de couches sur le diabète sucré . . . 67
D. Influence de la puerpéralité sur la cessation du diabète. 71

CHAPITRE V. — Conduite a tenir avant, pendant et après la grossesse chez les diabétiques. 73
A. Avant le mariage 73
B. Après le mariage 74
Traitement obstétrical des accidents diabéto-gravidiques. 77
A. Pendant la 1re moitié de la grossesse. 77
B. Pendant la 2e moitié de la grossesse. 78
1° Avant le travail 78
2° Pendant le travail. 81
C. Traitement des accidents relevant directement de la grossesse 81
D. Des interventions dans les suites de couches. . 82

INTRODUCTION AUX OBSERVATIONS 84

TABLEAUX D'OBSERVATIONS RÉSUMÉES 85

OBSERVATIONS 97

CONCLUSIONS 134

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 137

TABLE DES MATIÈRES. 139